

● 埼玉県 ●



彩の国 埼玉県

定期巡回・ 随時対応サービス

普及マニュアル



はじめに

埼玉県では、現在全国一のスピードで75歳以上の方が増加しています。2025年には121万人となり、その後も、2040年に向かって高齢化が進行していくことが見込まれています。

埼玉県では、高齢になっても、住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けることができるよう、医療・介護・介護予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築に取り組んでいます。

定期巡回・随時対応サービスは、住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けることをサポートする介護保険サービスであり、日中・夜間を通じて訪問介護と訪問看護の両方が提供され、定期的な訪問に加え、緊急時には随時の訪問も実施されます。このことから、定期巡回・随時対応サービスは、地域包括ケアシステムの中核を担うサービスとされています。

埼玉県では、平成24年度に定期巡回・随時対応サービスが制度化されて以来、「定期巡回・随時対応サービス 開設・経営の手引き」を作成するなど、このサービスの普及に努めてきました。

このたび、さらにこのサービスを普及していくため、利用者ご本人やご家族に対し適切な介護サービスの提案を行う立場である居宅介護支援事業所のケアマネジャーの方やサービス提供事業者の方向けに、「埼玉県 定期巡回・随時対応サービス普及マニュアル」を作成しました。

このサービスの特徴、ケアプランの作り方など具体的な利用方法、多様な利用実例などを掲載しています。

ケアマネジャーの方やサービス提供事業者の方をはじめ、市町村、地域包括支援センターの方にもご一読いただき、このサービスの利用や実施につなげていただければ幸いです。

令和2年3月

埼玉県福祉部 地域包括ケア課

目次

第1章 サービス概要	05
1 「住み慣れた地域や住まいで最後まで暮らしたい」という希望を叶える3つの特徴	06
1 24時間365日切れ目のない安心感を得ることができるサービス	06
2 利用者の「できること」を増やす(減らさない)ことができるサービス	08
3 体調悪化時には素早く柔軟に対応できるサービス	10
2 サービスの利用を進めるために	12
1 サービスを選択するケアマネジャー側の視点	14
2 サービス提供事業者側の視点	16
第2章 定期巡回・随時対応サービスの具体的な利用方法	19
1 サービス開始までの流れ	20
1 プランニング	20
2 サービスを依頼する	21
3 計画作成責任者の役割	22
4 ケアマネジャーから計画作成責任者へ訪問回数等の希望の伝え方	23
5 サービス担当者会議	23
2 ケアプランへの具体的な記載方法	27
1 頻度は「適宜」	27
2 随時対応サービスについて	27
3 ケアプラン第3表の記載方法	28
3 サービス開始後	29
1 日々見直されるプラン	29
2 ケアマネジャーの役割	29
4 提供票の作り方、単位数の計算方法	30
1 提供票の作り方(訪問介護との違い)	30
2 単位数の計算方法	31
3 日割り計算・減算・加算	32

第3章 事例集	39
1 退院直後から状態が安定するまでの短期間	40
2 服薬のみの短時間訪問	42
3 ターミナルケア	44
4 訪問看護との連携	46
5 インフォーマルサービスの活用	48
6 アセスメントのための利用	50
7 柔軟な対応の様々な例	52
8 地域の訪問介護事業所に委託する	54
9 本サービスの業務委託について	56
1 利用者のメリット	56
2 委託先の訪問介護事業所のメリット	57
3 地域包括ケアシステムの推進	57
コラム 「定期巡回・随時対応サービスと生産性向上」	58
付録1 Q&A	60
付録2 こんな事業所はいいね!	68

※本マニュアルに掲載されている内容は、2019年12月現在の制度に基づきます。

MEMO

第 1 章

サービス概要

1 「住み慣れた地域や住まいで最後まで暮らしたい」

厚生労働省は2025年(令和7年)を目途に、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制(地域包括ケアシステム)の構築を推進しています。

そして、地域包括ケアシステムを構築する中で中核を担うサービスとして位置付けられているのが、「定期巡回・随時対応サービス(以下、本サービス)」です。

本サービスには、たとえ「単身・重度の要介護者」であっても「在宅生活の継続が難しい」と限界を感じるハードル(←図表1)を下げると同時に、利用者の自立を支援し、状態変化を緩やかにすることで「住み慣れた地域や住まいで最後まで暮らしたい」という希望を叶えることができる3つの特徴があります。

本サービスの3つの特徴

- ① 24時間365日、切れ目のない安心感を得ることができるサービス ← このページ
- ② 利用者の「できること」を増やす(減らさない)ことができるサービス ← P.08 へ
- ③ 体調悪化時には素早く柔軟に対応できるサービス ← P.10 へ

① 24時間365日切れ目のない安心感を得ることができるサービス



本サービスは、以下の3つのサービスを基本としており、利用者は、ヘルパーが利用者宅に巡回に来ていない時間も、24時間365日随時コールでサービス提供事業所のオペレーター(←オペレーターの資格要件についてはP.11)と繋がっています。

そのため、利用者やその家族は、排泄の介助が必要な時や転倒した時などの緊急時には、いつでもオペレーターに助けを求めることが可能です。

- 3つの基本サービス**
- 巡回(定期訪問)
 - 随時コール(24時間365日切れ目のないつながり)
 - 随時訪問(随時コールを受けての訪問)

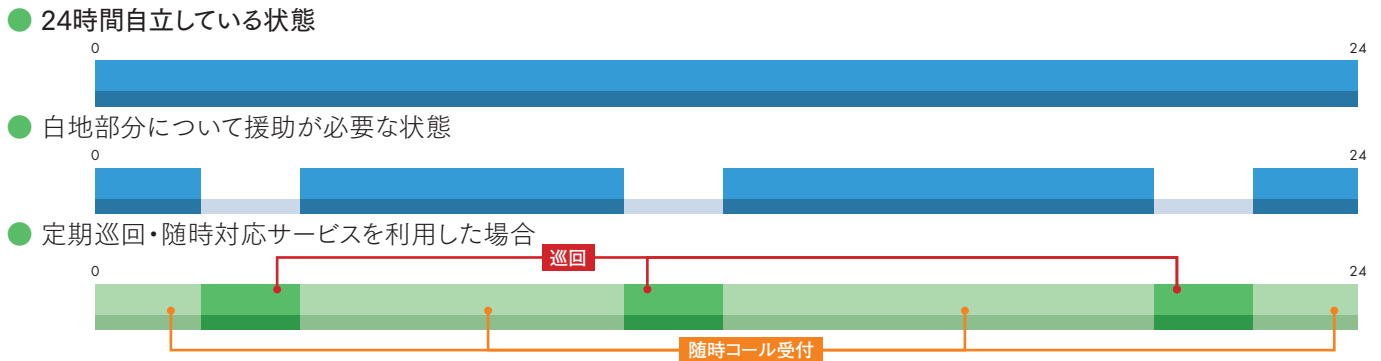
巡回と随時コールを組み合わせた24時間365日のサービス、すなわちサービス提供事業者との途切れのないつながり(←図表2)は、利用者やその家族にとって、利用者が自宅にしながら、病院に入院していたり、施設に入所をしていたりするかのような安心感をもたらします(←図表3)。まさに、地域全体が1つの大きな施設であるかのような安心感のあるサービスが実現されます(←図表4)。

図表1 ▶ 「在宅生活の継続が難しい」と感じることのイメージ図



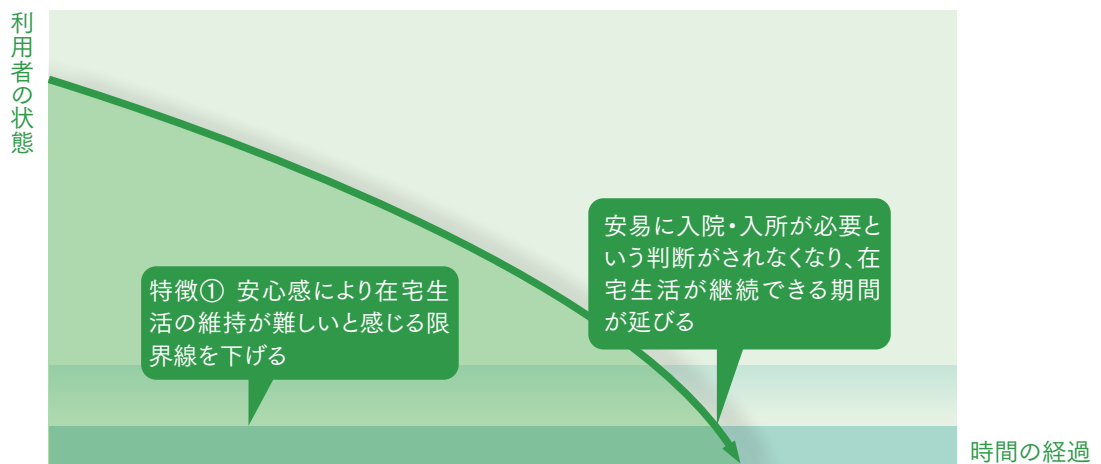
という希望を叶える3つの特徴

図表2 ▶ 巡回と随時コールによる24時間365日のつながりのイメージ



巡回と随時コール受付にて24時間365日切れ目なく関わり続けるため、利用者は安心して自宅で暮らすことができる

図表3 ▶ 24時間365日のつながりの効果



図表4 ▶ 地域全体が1つの大きな病院・施設となるイメージ



1 「住み慣れた地域や住まいで最後まで暮らしたい」という希望を叶える3つの特徴

② 利用者のできることを増やす(減らさない)ことができるサービス

本サービスでは、以下の4つの特徴から、利用者や家族に対し、自立支援のための努力や挑戦が実行されやすくなっています。



自立支援のための努力や挑戦が提案されやすい4つの特徴

- 1 包括報酬のため、たとえサービス量が減ってもサービス提供事業者の収入は変わらない
- 2 最低〇〇分以上訪問しなければならないという時間の縛りが無いため、声かけだけの巡回等も可能
- 3 日々の状態変化に応じて、サービス提供事業者の判断により、柔軟に内容・回数・時間の変更が可能
- 4 随時コールがあるため、利用者は、緊急時にいつでも助けを求めることができる

1 包括報酬のため、たとえサービス量が減ってもサービス提供事業者の収入は変わらない

従来の訪問介護のような積み上げ式の報酬体系の場合、仮に、利用者のできることが増え、その結果としてサービス提供時間が少なくなった場合、当該利用者に係る収入は減少します。

一方、本サービスは包括報酬のため、サービス提供事業者の収入は変わりません。^(※)

当該利用者へのサービス提供時間が減った分、他の利用者を支えることが可能となるため、サービス提供事業者側が積極的に、利用者の「自立した生活を送るための方法」を考え、提案しやすい状況にあると言えます。

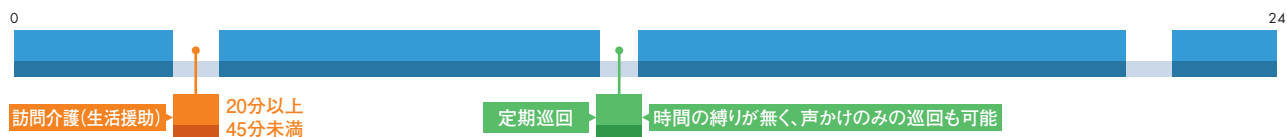
※ 利用者の要介護度の変更等を除く

2 最低〇〇分以上訪問しなければならないという時間の縛りが無いため、声かけだけの巡回等も可能

例えば、声かけさえすれば自身で洗濯をすることのできる軽度の認知症の利用者に対し、従来の訪問介護では計画をすることが難しい、声かけのみの巡回も可能です(←図表5)。ヘルパーが声かけを行えば、洗濯自体は利用者自身で行えるため、できることを減らしません。



図表5 ▶ 介護保険サービスに頼らずに「できること」が増えている状態



できることが増えることによって、援助が必要な部分が短くなったり、援助が必要なタイミングが減る

3 日々の状態変化に応じて、サービス提供事業者側の判断により、柔軟に内容・回数・時間の変更が可能

従来の訪問介護では、ケアマネジャーのアセスメントによりサービス提供内容・回数・時間が決定されます。一方、本サービスでは、ケアマネジャーのアセスメントに基づくほか、サービス提供事業者が、利用者のその日の状態によりできること・できないことを見極め、よりきめ細やかにサービス内容等を決定していきます。(←P.22) したがって、利用者は、必要な内容・回数・時間でのサービスを受けやすくなります。

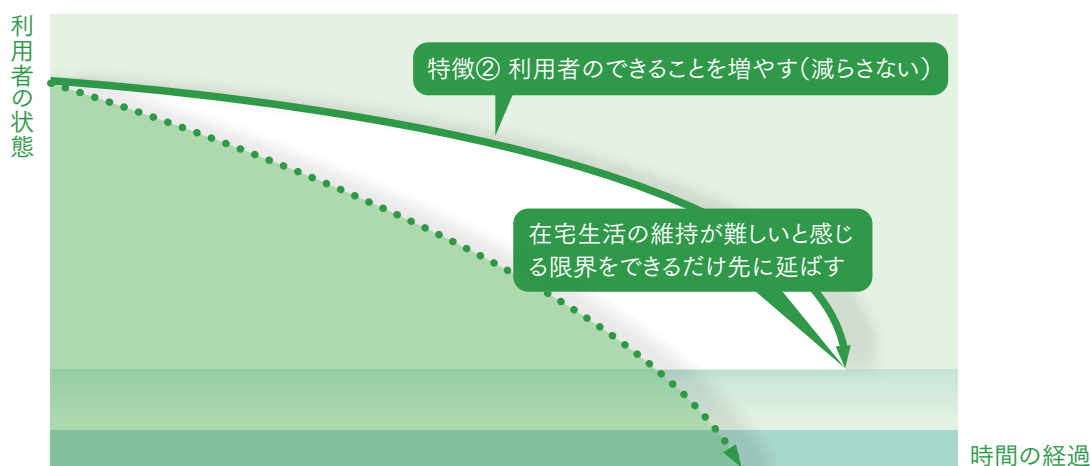
4 随時コールがあるため、利用者は、いつでも助けを求めることができる

随時コールで助けを求められる環境が整うことで、事業者から利用者側へ自立支援の提案は積極的に行われやすくなります。

例えば、過去に自宅でトイレに行く際に転倒し、自力で起き上がれず、不安な経験をした人がいたとします。その一回の経験から、身体機能としては一人でトイレに行けるのにもかかわらず、不安からおむつを利用しています。こうした人には、仮に転倒した場合も、随時助けを求められることから、安心してトイレに行くことができるという提案が可能で自立を促すことができます。

以上の4つの特徴から、利用者の状態変化の下がり方を緩やかにすることで、「在宅生活の維持が難しい」と感じる限界をできるだけ先に延ばすことができます。(←図表6)

図表6 ▶ 「できること」を増やす(減らさない)ことの効果



1 「住み慣れた地域や住まいで最後まで暮らしたい」という希望を叶える3つの特徴

③ 体調悪化時には素早く柔軟に対応できるサービス



本サービスの特徴である、内容・回数・時間を利用者の日々の状態に応じ変更できるという柔軟性は、体調悪化時にもその効果を発揮します。(☞図表7、8)

本サービスは、ケアマネジャーとの密接な連携を前提として、サービス提供事業者の判断で巡回の回数を増やしたり、時間を延長したりすることが可能なため、体調変化に気付いた場合に、速やかに対応することが可能です。

例えば、午前中の訪問時に利用者が発熱していることを発見した場合、予定をしていた巡回以外に、水分補給やバイタル測定のための訪問をすることがサービス提供事業者の判断で可能になります。

図表7 ▶ 体調が悪化した場合に援助が必要になる回数・時間が増えるイメージ

● 体調が悪化した場合

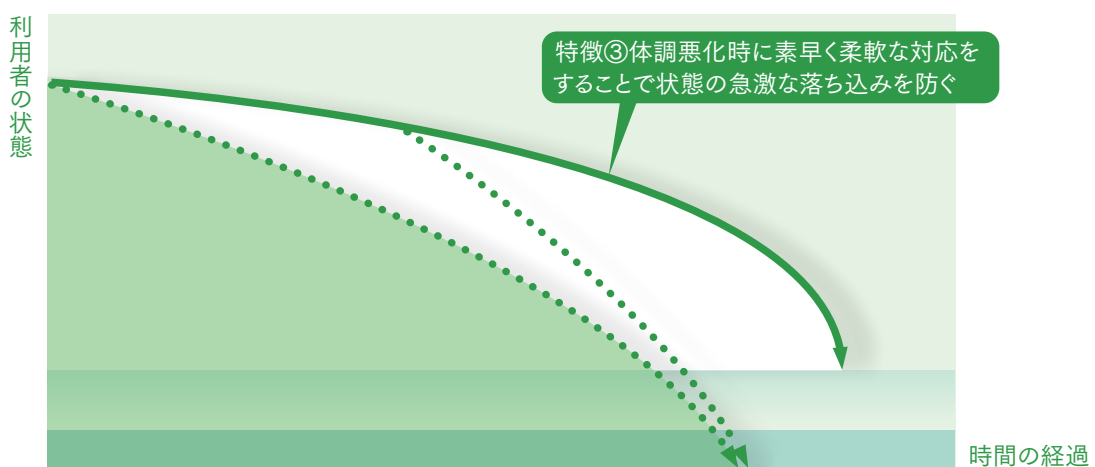


訪問介護のような積上げ式の報酬体系の場合は、全体の単位数の給付管理をしているケアマネジャーに連絡をして、サービス提供についての承認をもらう必要がありますが、この承認が必要なくなることにより、速やかなサービス提供が実現されます。

回数増・時間延長をした場合でも利用者負担額は変わりません。

また、利用者の状態等に変化があった場合は、サービス提供事業者からケアマネジャーに連絡が入ることになり、ケアマネジャーも利用者の状態をいち早く知ることができます。

図表8 ▶ 体調悪化時に素早く柔軟に対応できることの効果



体調悪化時に素早く柔軟な対応をすることで、状態の急激な落ち込みを作らず、「在宅生活の維持が難しい」と感じる限界を先に延ばすことができる。

定期巡回・随時対応サービスの人員基準等

職種		資格等	必要な員数等
訪問介護員等	定期巡回サービスを行う訪問介護員等	介護福祉士 実務者研修修了者 初任者研修修了者 旧介護職員基礎研修 旧訪問介護員1級 旧訪問介護員2級	・交通事情、訪問頻度等を勘案し適切に定期巡回サービスを提供するために必要な数以上
	随時訪問サービスを行う訪問介護員等		・常時、専ら随時訪問サービスの提供に当たる訪問介護員が1以上確保されるための必要数(利用者の処遇に支障がない場合、定期巡回サービスに従事することができる。) ・オペレーターが随時訪問サービスを行う訪問介護員等を兼務可能。
看護職員	うち1名以上は、常勤の保健師又は看護師とする	保健師 看護師、准看護師 PT、OT、ST	・2.5以上(併設訪問看護事業所と合算可能) ・常時オンコール体制を確保
オペレーター		看護師、介護福祉士等(※)のうち、常勤の者1人以上 + 1年以上訪問介護のサービス提供責任者として従事した者	・利用者の処遇に支障が無い範囲で、当該施設その他職種及び同一敷地内の他の事業所・施設等(特養・老健等の夜勤職員、訪問介護のサービス提供責任者、夜間対応型訪問介護のオペレーター)との兼務可能
上記の従業者のうち、1人以上を計画作成責任者とする。		看護師、介護福祉士等(※)のうち、1人以上	—
管理者		—	・常勤・専従の者(当該事業所の職務や併設事業所の管理者等との兼務を認める)

(※)…看護師、介護福祉士、医師、保健師、准看護師、社会福祉士、介護支援専門員

(注)■…介護・看護一体型にのみ配置が必要となる職種(介護・看護連携型の場合は連携先の訪問看護事業所に配置される)

※1 訪問介護員等については、利用者の処遇に支障がない範囲で、他の施設等(加配されている者に限る)との兼務可能

※2 「オペレーションセンター」の設置は設備基準としては求めず、地域を巡回しながら適切に随時のコールに対応する形態も可能

※3 利用者がコールを行う、オペレーターがコールを受ける際の機器は、一般に流通している通信機器等の活用が可能

※4 オペレーターの資格について、旧訪問介護員2級及び初任者研修修了者は3年以上訪問介護のサービス提供責任者として従事した者

出典:厚生労働省資料

2 サービスの利用を進めるために

本サービスの普及は全国的に見ても進んでいません。本サービスの普及を進めるためにはどうすればよいかを見ていきます。

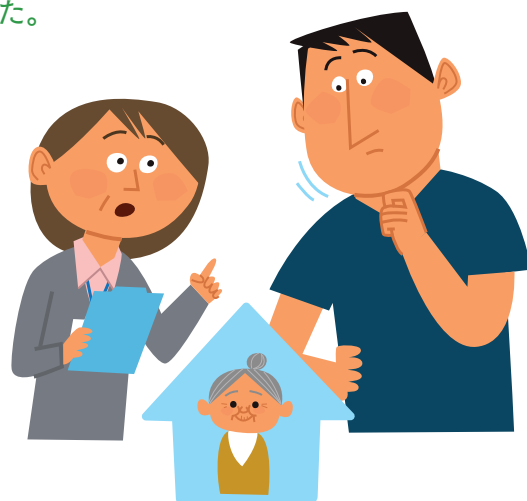


サービスが利用されない
のはなぜか？

1

サービスを選択する ケアマネジャー側の視点

本マニュアルの作成にあたり、県内のケアマネジャーにヒアリングを行った結果、サービスを利用しない理由は、大きく分けて右のAとBの2つでした。



2

サービス提供事業者側 の視点

A | 対象となる利用者がいない

← P.14 へ



B | 利用者負担額が高い

← P.15 へ



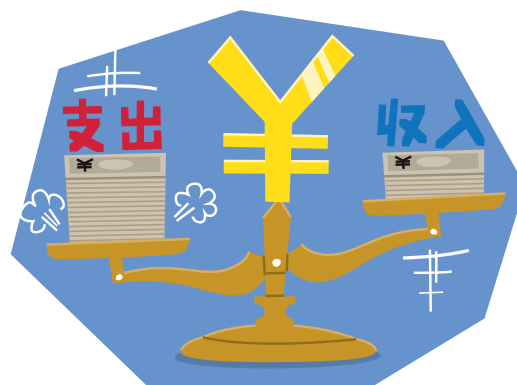
C | ケアマネジャー・利用者・
家族側の誤解

← P.16 へ



D | 事業として採算が合わないので
サービスの周知に消極的

← P.17 ~ 18 へ



2 サービスの利用を進めるために

1

サービスを選択するケアマネジャー側の視点

A 対象となる利用者がいない

対象となる利用者は「住み慣れた地域や住まいで最後まで暮らしたい」と希望する要介護1～5の方です。本章の1に記載している3つの特徴をご理解いただき、利用者の希望を叶えるためのサービスとして活用してください。

また、この理由のなかには、以下のような誤解も見受けられましたので、正しい理解を解説します。

× 誤解

要介護1なら1日1回、要介護2なら1日2回…と**要介護度に応じて訪問回数**が決められている。

○ 正しい理解

要介護度に応じて訪問回数が決められている、ということはありません。**利用者の心身の状況に応じた柔軟なサービス提供**が本サービスの特徴です。

× 誤解

訪問看護のニーズがある利用者が対象

○ 正しい理解

介護ニーズのみの場合、訪問介護のみの利用も可能です。その場合でも、利用者に対し、看護師等による定期的なアセスメント及びモニタリング(概ね月1回程度)が行われます。

× 誤解

サービスを利用すると**ケアマネジャーが変わってしまう**ため、利用者がケアマネジャーとのなじみの関係性を重視している場合、本サービスは受け入れられ難い。

○ 正しい理解

小規模多機能居宅介護と異なり、本サービスを利用することにより**ケアマネジャーが変わることはありません**。

× 誤解

要介護度の高い利用者が対象

○ 正しい理解

要介護1～5までの方が対象です。サービス提供事業者が要介護度を理由にサービス提供を拒否することは禁止されています。

× 誤解

サービス提供事業所から一定程度離れた場所に住む利用者へのサービス提供はできない。

○ 正しい理解

一律に何キロメートル、と一定の距離が離れていることだけを持ってサービス提供ができない、ということはありません。当該事業所において、随時コールがあつてから**概ね30分以内に駆けつけられるような体制**があることが要件です。

× 誤解

独居の利用者が対象

○ 正しい理解

従来の訪問介護と同様、利用者に同居家族がいるということだけで一律に生活援助が受けられないということはありません。個別のケースごとに判断します。

B | 利用者負担額が高い

この理由は、現在利用者が利用している訪問介護の利用者負担額との単純な比較をしていることが原因のひとつではないでしょうか。

本サービスには、時間に縛られない巡回、24時間を通じ随時コールの受け付けや随時訪問が可能であるなど、従来の訪問介護では対応していないサービスも含まれています。

仮に要介護3で、朝・昼・夕・夜の4回、30分未満の身体介護が必要な利用者が本サービスを利用する場合と、訪問介護+夜間対応型訪問介護を利用する場合の1日あたりの単位数の比較は以下のとおりです。

■ 本サービスを利用する場合(訪問看護サービスを行わない場合)

要介護度	単位数(1月あたり)	単位数(1日あたり)
要介護1	5,680	187
要介護2	10,138	333
要介護3	16,833	554
要介護4	21,293	700
要介護5	25,752	847



■ 訪問介護+夜間対応型訪問介護を利用する場合

訪問介護 身体1(249単位)×3回➔

夜間対応型訪問介護 基本単位(1日あたり)➔

夜間対応型訪問介護 定期巡回サービス費(1回)➔

夜間対応型訪問介護 24時間通報対応加算(1日に換算した場合)➔



計1,179単位

※単位数は2019年12月時点のものです。

2

サービス提供事業者側の視点

C ケアマネジャー・利用者・家族側の誤解

本サービスは包括報酬であるが故に「使い放題」という誤った理解をされてしまうことがあります。利用者・家族やケアマネジャーが「使い放題」という認識を持っていると、サービス提供事業者から説明を受けても「思っていたサービスとは違う」と利用につながらなかったり、利用を始めたとしても継続的に利用することが難しくなります。

サービス提供事業者は、本サービスが、本章の1にあるとおり、以下の3つの特徴を通じて「住み慣れた地域や住まいで最後まで暮らしたい」という希望を叶えるためのサービスである、と理解されるような周知を行う必要があります。

本サービスの3つの特徴

- ◎ 24時間365日切れ目のない安心感を得ることができるサービス
- ◎ 利用者の「できること」を増やす(減らさない)ことができるサービス
- ◎ 体調悪化時には素早く柔軟に対応できるサービス



D | 事業として採算が合わないのでサービスの周知に消極的

1つ目は、利用者へのサービスの過剰提供があります。

過剰提供を防ぐためには、本サービスの特徴である、利用者のできることを増やす(減らさない)ための、すなわち自立支援のためのアセスメントやサービス提供を適切に実施することが必要です。

利用者・家族に対し、自立支援についての努力や挑戦が提案されているかという視点、サービス提供の内容・時間・回数の設定に柔軟性が活かされているかという視点で、アセスメントやサービス提供内容を見直すことで、多くの場合には過剰提供を避けられます。



2 サービスの利用を進めるために

D | 事業として採算が合わないのでサービスの周知に消極的

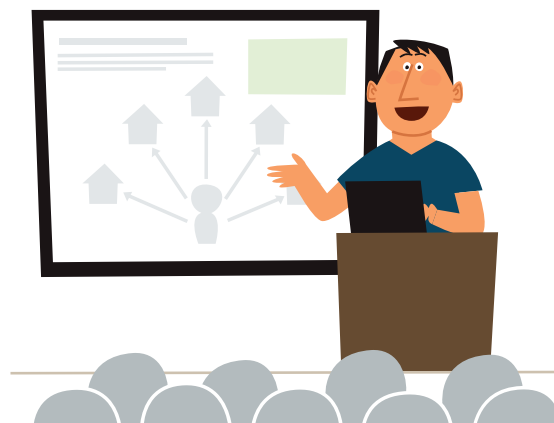
2つ目は、利用者数が少ないということです。
 本サービスは例え利用者が1名であっても、24時間の人員配置が求められます。
 したがって、利用者が少なければ当然採算が合わなくなってしまいます。

利用者が増えている事業者は、事業者自らが本サービスの特徴を正しく理解し、かつ、相手に伝えるための積極的な周知活動を行っています。

具体的には、

- セミナー・説明会等により、地域の関係者に幅広く周知
- セミナー・説明会時のアンケート結果等を基に、速やかに個別周知
- 周知の対象は、地域の全居宅介護支援事業所、全ケアマネジャー、地域包括支援センターのほか、
 - ・ 病院：退院支援が必要な方を知っている
 - ・ 介護老人保健施設：在宅復帰支援が必要な方を知っている
 - ・ 訪問診療・訪問看護：ターミナルケア等が必要な方を知っている
 - ・ 調剤薬局：服薬支援が必要な方を知っている

など、本サービスとの親和性が高いと思われる幅広い関係者としています。



第 2 章

定期巡回・随時対応サービスの具体的な利用方法

1 サービス開始までの流れ

本サービスを利用する場合の、サービス開始までの流れを説明します。

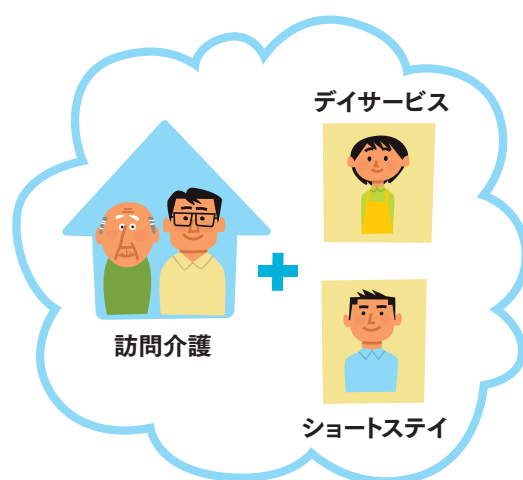
1 プランニング

ケアマネジャーは利用者へのアセスメントを実施し、本人に合ったサービスを考えます。

ケアマネジャーは利用者の様々なニーズに対し、多様な社会資源を組み合わせることでプランニングをしていきますが、利用者が在宅生活を続けるために不足している部分があれば、訪問介護や本サービス等の在宅系サービスの利用を検討します。

本サービスを利用したことがないケアマネジャーからは、「既存のサービスで対応できるから必要ない」「単位数が大きいのので他のサービスが使えない」といった声を聞くことがありますが、本サービスは「自宅での生活リズムを整えること」を一つの大きな目的としているため、考え方が他の介護保険サービスとは若干異なります。

▶ 訪問介護の場合



プランの特徴

閉じこもり防止や、家族の負担軽減のニーズも考慮し、デイサービス・ショートステイ等と併用したプランになっているケースが多い

課題

限られた訪問回数の中で、足りない部分を補っていく工夫が必要

- ① 夏場の水分摂取量をどう確保していくか
- ② 食事量の低下をどうフォローしていくか
- ③ 認知症の進行による内服忘れをどう改善していくか 等

▶ 本サービスの場合



プランの特徴

自宅での生活リズムが整い、自宅内でのリスクや課題は解決しやすくなる

課題

単位数の関係上、デイサービスや他の介護保険サービスの利用が制限されるため、閉じこもりや、気分の落ち込み等について配慮する必要がある

ケアマネジャーは「現在、利用者本人がいちばん困っていることは何か」によって、特徴の異なるサービスを上手く使い分けながら、利用者が在宅生活を継続できるように支援する必要があります。

ケアマネジャーはアセスメントの結果によって、どこに重点を置くべきか判断し、利用すべきサービスを選択します。

2 サービスを依頼する

本サービスも他の介護保険サービスも、サービスを依頼する流れは変わりません。

ただし、本サービスの場合、訪問回数や提供のタイミング等、居宅介護サービス計画書(以下、ケアプラン)の第3表「週間サービス計画表」に当たる部分は「定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画(以下、本章ではプランと表記)」として、計画作成責任者(←P.22~23)が主となり、ケアマネジャーと共同で作成します。

具体的には、ケアマネジャーから定期巡回・随時対応サービス事業所(以下、定期巡回事業所)にサービスを依頼する際は、時間が確定しているサービスが決まった段階で、定期巡回事業所に週間スケジュール作成を引き継ぎます。

なお、定期巡回事業所には、1つの事業所で訪問介護と訪問看護を一体的に提供する「一体型事業所」と、地域の訪問看護事業所と連携をしてサービスを提供する「連携型事業所」があります。

▶ 訪問介護の場合

	月	火	水	木	金	土	日
8:00							
9:00							
16:00							
17:00							

ケアマネジャーが、曜日や時間、区分、単位数等についてある程度目星をつけてから、訪問介護事業所に相談する

▶ 本サービスの場合

	月	火	水	木	金	土	日
第1段階		デイサービス			デイサービス		

● 第1段階

ケアマネジャーが、本サービス以外のサービス(デイサービスや通所リハビリ等)を決定し、本サービスで対応してほしい内容を確定した段階で、定期巡回事業所に相談する

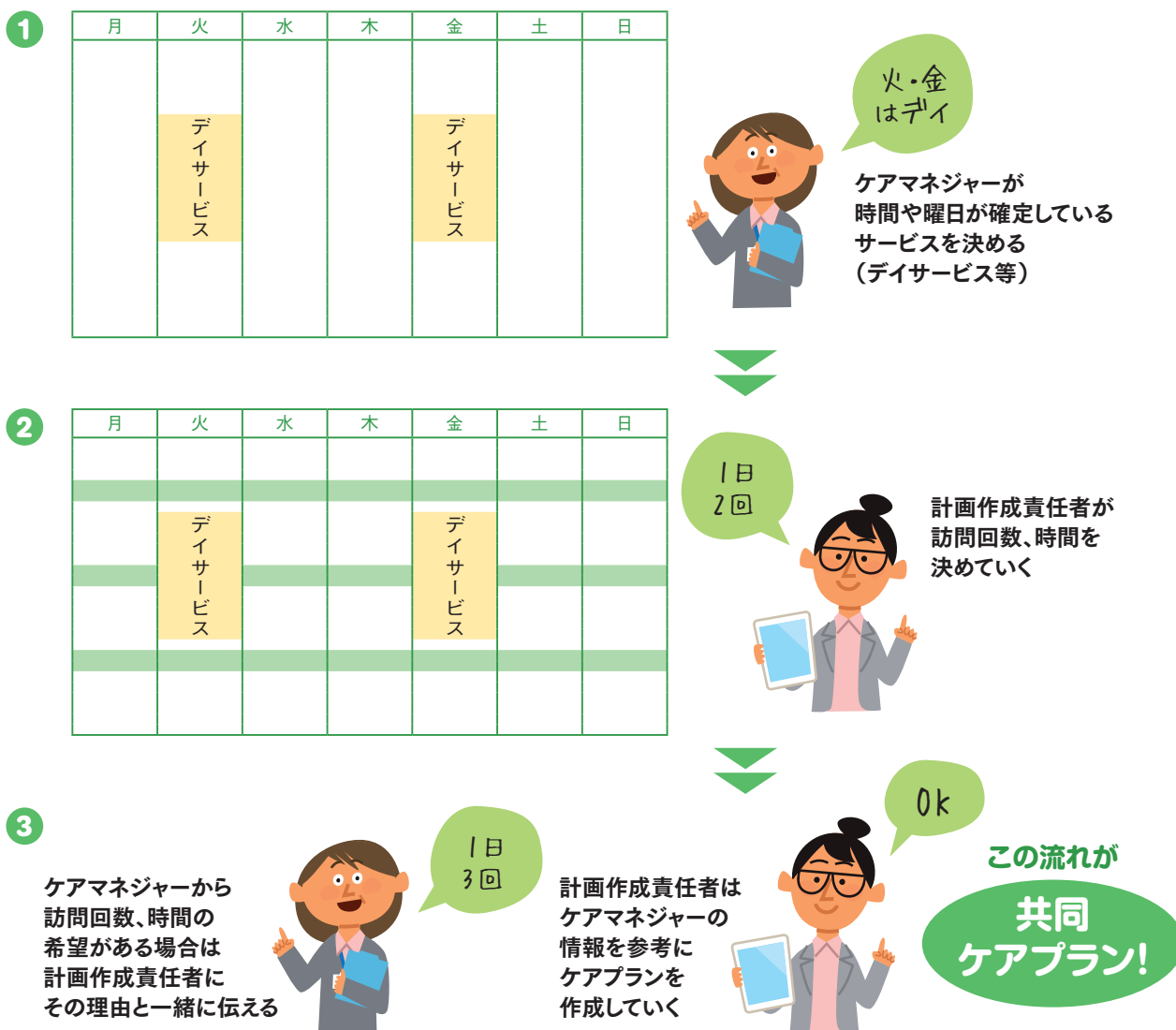
	月	火	水	木	金	土	日
第2段階							
		デイサービス			デイサービス		

● 第2段階

定期巡回事業所の計画作成責任者と看護師がアセスメントを実施するとともにケアマネジャーからの情報を基に、具体的な訪問時間・回数等のプランを作る。ケアマネジャーは、訪問回数・時間の希望がある場合には、計画作成責任者にその必要性を具体的に伝える(←P.23)

1 サービス開始までの流れ

▶ 共同ケアプランの流れ



3 計画作成責任者の役割

本サービスの訪問回数や時間、内容等の週間スケジュールは、定期巡回事業所の計画作成責任者が主となって作成します。

▶ 計画作成責任者が週間スケジュールを作成する根拠

指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年厚生労働省令第34号）第3条の24第2項 定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画は、既に居宅サービス計画が作成されている場合は、当該居宅サービス計画の内容に沿って作成しなければならない。ただし、定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画における指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護を提供する日時等については、当該居宅サービス計画に定められた指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護が提供される日時等にかかわらず、当該居宅サービス計画の内容及び利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえ、計画作成責任者が決定することができる。この場合において、計画作成責任者は、当該定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画を、当該利用者を担当する介護支援専門員に提出するものとする。

計画作成責任者は、

- 24時間、必要に応じて介護スタッフを利用者に派遣できるよう計画を立てることができる。
※状況に応じて救急要請、主治医への連絡、看護への応援要請も行えます。
- 利用者宅を頻回に訪問している、または利用者宅に頻回に訪問している訪問介護員からの情報により、現在の利用者の状態を把握している。



利用者の状態・ニーズが反映されたプランが作成できる

4 ケアマネジャーから計画作成責任者へ訪問回数等の希望の伝え方

基本的には、計画作成責任者が週間スケジュールを作成しますが、ケアマネジャーから訪問回数等の希望を伝える場合は、具体的にその訪問回数の理由を定期巡回事業所(計画作成責任者)に伝えてください。

例えば、「1日3回訪問してほしい」という希望があった場合、その「3回」という訪問回数にどのような理由があるのが重要で、理由が「薬を1日3回服用しなければならず、内服確認が必要」であれば、それは必要性があると言えます。「何となく心配だから」や「とにかく訪問してほしい」等のような理由は、必要性があるとは言えません。

必要性がある・ない

- 薬を1日3回服用しなければならず、内服確認が必要
- × 転倒が多く、心配だからこの時間に訪問してほしい
- × とにかくできるだけ、訪問してほしい

「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について(平成12年3月17日老計第10号厚生省老人保健福祉局老人福祉計画課長通知)」(←P.25~26)に定めている介護保険サービスに含まれるかが1つの判断基準

必要性の例

- 深夜〇時頃トイレに起きる習慣があり、転倒したり、排泄を失敗してしまうことが多いため、夜間1回の訪問が必要
- 食事の準備が自分ではできないため、1日3回の訪問が必要。また、誤嚥性肺炎の既往歴があり、寝る前の口腔ケアが特に重要と歯科医からアドバイスを受けている。パジャマへの着替えが自分ではできないため、口腔ケアと更衣介助で就寝前にも訪問が必要と思われる。したがって1日4回程度訪問が必要 等

5 サービス担当者会議

ケアプランの原案が完成し、いよいよサービス担当者会議を開催します。開催の流れは他のサービスと変わりませんが、会議の中で必ず確認しなければならない点があります。

■ 緊急時の連絡方法の確認

本サービスは24時間随時コールの受付や、夜間を含めた頻回訪問により、利用者の急変時の発見のタイミングが他サービスと比べて断然早くなります。緊急時に定期巡回・随時対応サービス事業所が落ち着いて行動できるように、深夜でもつながる連絡先を確認するなど、より具体的に連絡方法を定めておく必要があります。



1 サービス開始までの流れ

■ 事業者間での情報共有

生活の基盤を支える定期巡回事業所と、各介護サービス事業所が連携することで、利用者の生活がより一層安定します。各介護サービス事業所が専門性を発揮し、連携するためには、円滑に事業者間で情報共有できるよう、ケアマネジャーがフォローすることが重要です。

本サービスに限らず言えることですが、サービス担当者会議で各介護サービス事業所の連絡方法や体制を確認することが連携の第一歩であり、その後のサービスの質がより高いものになります。

▶ 各サービスとの連携例

① デイサービスとの連携

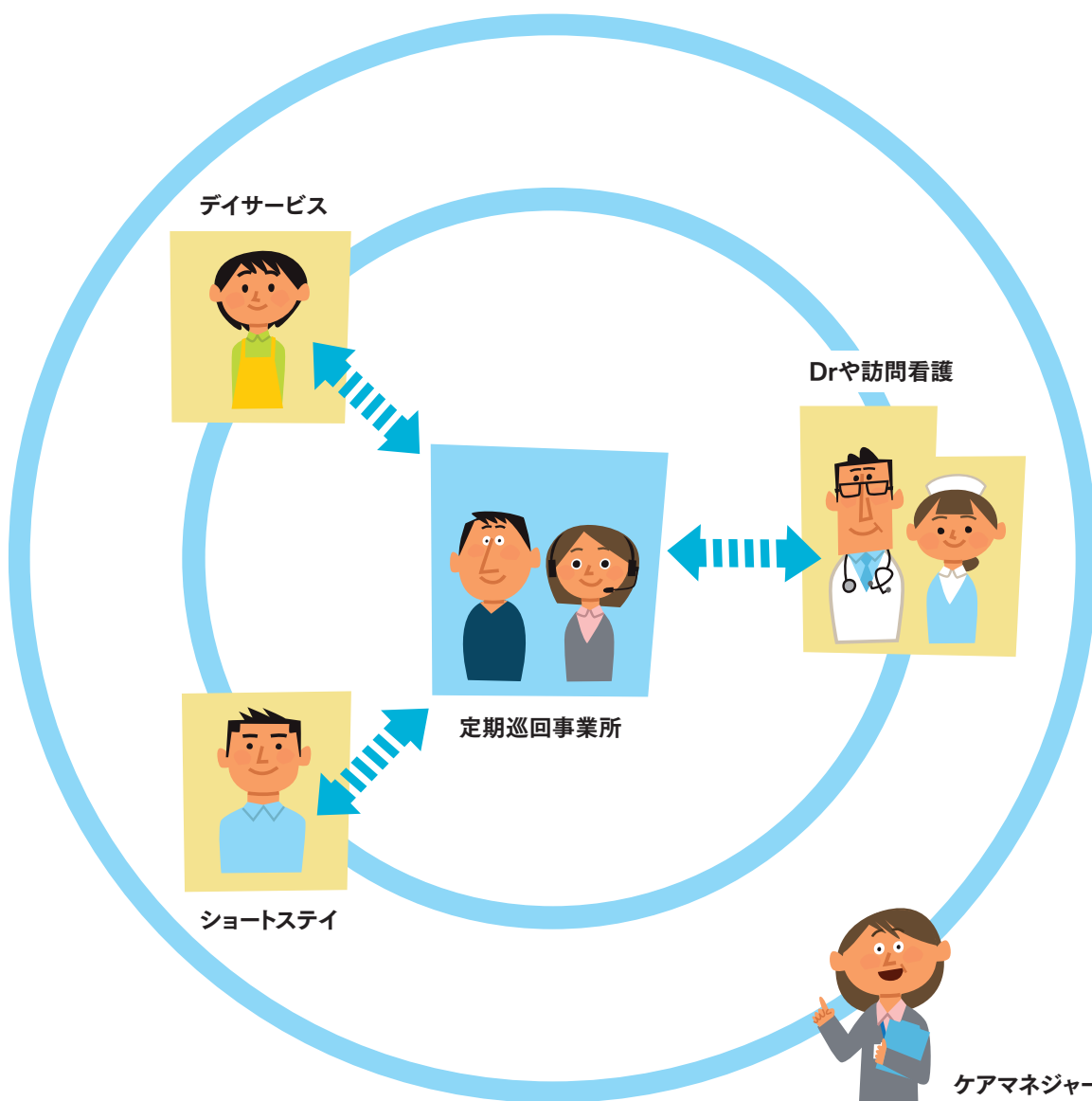
利用者が当日デイサービスをお休み
▶ デイサービスで食べるはずだった昼食の準備を本サービスでフォロー

② ショートステイとの連携

自宅での生活の様子やショートステイでの様子を相互に共有
▶ 利用者の状態に合わせたプラン変更を行うことができる

③ 訪問診療・訪問看護との連携

体調の変化を早期に発見し、訪問診療・訪問看護に報告
▶ 早期に指示をもらい、利用者の体調悪化を防ぐ



■ 訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について(平成12年3月17日老計第10号厚生省老人保健福祉局老人福祉計画課長通知)

1 身体介護

▶ 1-0 サービス準備・記録等

サービス準備は、身体介護サービスを提供する際の事前準備等として行う行為であり、状況に応じて以下のようなサービスを行うものである。

▶▶ 1-0-1 健康チェック

利用者の安否確認、顔色・発汗・体温等の健康状態のチェック

▶▶ 1-0-2 環境整備

換気、室温・日あたりの調整、ベッドまわりの簡単な整頓等

▶▶▶ 1-0-3 相談援助、情報収集・提供

▶▶▶ 1-0-4 サービス提供後の記録等

▶ 1-1 排泄・食事介助

▶▶ 1-1-1 排泄介助

▶▶▶ 1-1-1-1 トイレ利用

○ トイレまでの安全確認→声かけ・説明→トイレへの移動(見守りを含む)→脱衣→排便・排尿→後始末→着衣→利用者の清潔介助→居室への移動→ヘルパー自身の清潔動作

○ (場合により)失禁・失敗への対応(汚れた衣服の処理、陰部・臀部の清潔介助、便器等の簡単な清掃を含む)

▶▶▶▶ 1-1-1-2 ポータブルトイレ利用

○ 安全確認→声かけ・説明→環境整備(防水シートを敷く、衝立を立てる、ポータブルトイレを適切な位置に置くなど)→立位をとり脱衣(失禁の確認)→ポータブルトイレへの移乗→排便・排尿→後始末→立位をとり着衣→利用者の清潔介助→元の場所に戻り、安楽な姿勢の確保→ポータブルトイレの後始末→ヘルパー自身の清潔動作

○ (場合により)失禁・失敗への対応(汚れた衣服の処理、陰部・臀部の清潔介助)

▶▶▶▶ 1-1-1-3 おむつ交換

○ 声かけ・説明→物品準備(湯・タオル・ティッシュペーパー等)→新しいおむつの準備→脱衣(おむつを開く→尿パットをとる)→陰部・臀部洗浄(皮膚の状態などの観察、パティング、乾燥)→おむつの装着→おむつの具合の確認→着衣→汚れたおむつの後始末→使用物品の後始末→ヘルパー自身の清潔動作

○ (場合により)おむつから漏れて汚れたりネン等の交換

○ (必要に応じ)水分補給

▶▶▶ 1-1-2 食事介助

○ 声かけ・説明(覚醒確認)→安全確認(誤飲兆候の観察)→ヘルパー自身の清潔動作→準備(利用者の手洗い、排泄、エプロン・タオル・おしぼりなどの物品準備)→食事場所の環境整備→食事姿勢の確保(ベッド上での座位保持を含む)→配膳→メニュー・材料の説明→摂食介助(おかずをさざむ・つぶす、吸い口で水分を補給するなどを含む)→服薬介助→安楽な姿勢の確保→気分の確認→食べこぼしの処理→後始末(エプロン・タオルなどの後始末、下膳、残滓の処理、食器洗い)→ヘルパー自身の清潔動作

▶▶▶▶ 1-1-3 特段の専門的配慮をもって行う調理

○ 嚥下困難者のための流動食等の調理

▶▶ 1-2 清拭・入浴、身体整容

▶▶▶ 1-2-1 清拭(全身清拭)

○ ヘルパー自身の身支度→物品準備(湯・タオル・着替えなど)→声かけ・説明→顔・首の清拭→上半身脱衣→上半身の皮膚等の観察→上肢の清拭→胸・腹の清拭→背の清拭→上半身着衣→下肢脱衣→下肢の皮膚等の観察→下肢の清拭→陰部・臀部の清拭→下肢着衣→身体状況の点検・確認→水分補給→使用物品の後始末→汚れた衣服の処理→ヘルパー自身の清潔動作

▶▶▶▶ 1-2-2 部分浴

▶▶▶▶▶ 1-2-2-1 手浴及び足浴

○ ヘルパー自身の身支度→物品準備(湯・タオルなど)→声かけ・説明→適切な体位の確保→脱衣→皮膚等の観察→手浴・足浴→体を拭く・乾かす→着衣→安楽な姿勢の確保→水分補給→身体状況の点検・確認→使用物品の後始末→ヘルパー自身の清潔動作

▶▶▶▶▶ 1-2-2-2 洗髪

○ ヘルパー自身の身支度→物品準備(湯・タオルなど)→声かけ・説明→適切な体位の確保→洗髪→髪を拭く・乾かす→安楽な姿勢の確保→水分補給→身体状況の点検・確認→使用物品の後始末→ヘルパー自身の清潔動作

▶▶▶▶▶ 1-2-3 全身浴

○ 安全確認(浴室での安全)→声かけ・説明→浴槽の清掃→湯はり→物品準備(タオル・着替えなど)→ヘルパー自身の身支度→排泄の確認→脱衣室の温度確認→脱衣→皮膚等の観察→浴室への移動→湯温の確認→入湯→洗体・すすぎ→洗髪・すすぎ→入湯→体を拭く→着衣→身体状況の点検・確認→髪の乾燥、整髪→浴室から居室への移動→水分補給→汚れた衣服の処理→浴槽の簡単な後始末→使用物品の後始末→ヘルパー自身の身支度、清潔動作

▶▶▶▶▶ 1-2-4 洗面等

○ 洗面所までの安全確認→声かけ・説明→洗面所への移動→座位確保→物品準備(歯ブラシ、歯磨き粉、ガーゼなど)→洗面用具準備→洗面(タオルで顔を拭く、歯磨き見守り・介助、うがい見守り・介助)→居室への移動(見守りを含む)→使用物品の後始末→ヘルパー自身の清潔動作

▶▶▶▶▶ 1-2-5 身体整容(日常的な行為としての身体整容)

○ 声かけ・説明→鏡台等への移動(見守りを含む)→座位確保→物品の準備→整容(手足の爪きり、耳そうじ、髭の手入れ、髪の手入れ、簡単な化粧)→使用物品の後始末→ヘルパー自身の清潔動作

▶▶▶▶▶ 1-2-6 更衣介助

○ 声かけ・説明→着替えの準備(寝間着・下着・外出着・靴下等)→上半身脱衣→上半身着衣→下半身脱衣→下半身着衣→靴下を脱がせる→靴下を履かせる→着替えた衣類を洗濯物置き場に運ぶ→スリッパや靴を履かせる

▶▶▶▶▶ 1-3 体位変換、移動・移乗介助、外出介助

▶▶▶▶▶▶ 1-3-1 体位変換

○ 声かけ・説明→体位変換(仰臥位から側臥位、側臥位から仰臥位)→良肢位の確保(腰・肩をひく等)→安楽な姿勢の保持(座布団・パットなどあて物をする等)→確認(安楽なのか、めまいはないのかなど)

▶▶▶▶▶▶▶ 1-3-2 移乗・移動介助

▶▶▶▶▶▶▶▶ 1-3-2-1 移乗

1 サービス開始までの流れ

- 車いすの準備→声かけ・説明→ブレーキ・タイヤ等の確認→ベッドサイドで端座位の保持→立位→車いすに座らせる→座位の確保(後ろにひく、ずれを防ぐためあて物をするなど)→フットレストを下げて片方ずつ足を乗せる→気分の確認
- その他の補装具(歩行器、杖)の準備→声かけ・説明→移乗→気分の確認
- ▶▶▶1-3-2-2 移動
- 安全移動のための通路の確保(廊下・居室内等)→声かけ・説明→移動(車いすを押す、歩行器に手をかける、手を引くなど)→気分の確認
- ▶▶▶1-3-3 通院・外出介助
- 声かけ・説明→目的地(病院等)に行くための準備→バス等の交通機関への乗降→気分の確認→受診等の手続き
- (場合により)院内の移動等の介助
- ▶▶▶1-4 起床及び就寝介助
- ▶▶▶1-4-1 起床・就寝介助
- ▶▶▶1-4-1-1 起床介助
- 声かけ・説明(覚醒確認)→ベッドサイドでの端座位の確保→ベッドサイドでの起き上がり→ベッドからの移動(両手を引いて介助)→気分の確認
- (場合により)布団をたたみ押入に入れる
- ▶▶▶1-4-1-2 就寝介助
- 声かけ・説明→準備(シーツのしわをのばし食べかすやほこりはらう、布団やベッド上のものを片づける等)→ベッドへの移動(両手を引いて介助)→ベッドサイドでの端座位の確保→ベッド上での仰臥位又は側臥位の確保→リネンの快適さの確認(掛け物を気温によって調整する等)→気分の確認
- (場合により)布団を敷く
- ▶▶▶1-5 服薬介助
- 水の準備→配剤された薬をテーブルの上に出し、確認(飲み忘れないようにする)→本人が薬を飲むのを手伝う→後かたづけ、確認
- ▶▶▶1-6 自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助(自立支援、ADL・IADL・QOL向上の観点から安全を確保しつつ常時介助できる状態で行う見守り等)
- ベッド上からポータブルトイレ等(いす)へ利用者が移乗する際に、転倒等の防止のため付き添い、必要に応じて介助を行う。
- 認知症等の高齢者がリハビリパンツやパット交換を見守り・声かけを行うことにより、一人で出来るだけ交換し後始末が出来るように支援する。
- 認知症等の高齢者に対して、ヘルパーが声かけと誘導で食事・水分摂取を支援する。
- 入浴、更衣等の見守り(必要に応じて行う介助、転倒予防のための声かけ、気分の確認などを含む)
- 移動時、転倒しないように側について歩く(介護は必要時だけで、事故がないように常に見守る)
- ベッドの出入り時など自立を促すための声かけ(声かけや見守り中心に必要な時だけ介助)
- 本人が自ら適切な服薬ができるよう、服薬時において、直接介助は行わずに、側で見守り、服薬を促す。
- 利用者と一緒に手助けや声かけ及び見守りしながら

行う掃除、整理整頓(安全確認の声かけ、疲労の確認を含む)

- ゴミの分別が分からない利用者と一緒に分別をしてゴミ出しのルールを理解してもらう又は思い出してもらうよう援助
- 認知症の高齢者の方と一緒に冷蔵庫のなかの整理等を行うことにより、生活歴の喚起を促す。
- 洗濯物を一緒に干したりたたんだりすることにより自立支援を促すとともに、転倒予防等のための見守り・声かけを行う。
- 利用者と一緒に手助けや声かけ及び見守りしながら行うベッドでのシーツ交換、布団カバーの交換等
- 利用者と一緒に手助けや声かけ及び見守りしながら行う衣類の整理・被服の補修
- 利用者と一緒に手助けや声かけ及び見守りしながら行う調理、配膳、後片付け(安全確認の声かけ、疲労の確認を含む)
- 車イス等での移動介助を行って店に行き、本人が自ら品物を選べるよう援助
- 上記のほか、安全を確保しつつ常時介助できる状態で行うもの等であって、利用者と訪問介護員等がともに日常生活に関する動作を行うことが、ADL・IADL・QOL向上の観点から、利用者の自立支援・重度化防止に資するものとしてケアプランに位置付けられたもの

2 生活援助

▶▶▶2-0 サービス準備等

サービス準備は、生活援助サービスを提供する際の事前準備等として行う行為であり、状況に応じて以下のようなサービスを行うものである。

▶▶▶2-0-1 健康チェック

利用者の安否確認、顔色等のチェック

▶▶▶2-0-2 環境整備

換気、室温・日あたりの調整等

▶▶▶2-0-3 相談援助、情報収集・提供

▶▶▶2-0-4 サービスの提供後の記録等

▶▶▶2-1 掃除

- 居室内やトイレ、卓上等の清掃
- ゴミ出し
- 準備・後片づけ

▶▶▶2-2 洗濯

- 洗濯機または手洗いによる洗濯
- 洗濯物の乾燥(物干し)
- 洗濯物の取り入れと収納
- アイロンがけ

▶▶▶2-3 ベッドメイク

- 利用者不在のベッドでのシーツ交換、布団カバーの交換等

▶▶▶2-4 衣類の整理・被服の補修

- 衣類の整理(夏・冬物等の入れ替え等)
- 被服の補修(ボタン付け、破れの補修等)

▶▶▶2-5 一般的な調理、配下膳

- 配膳、後片づけのみ
- 一般的な調理

▶▶▶2-6 買い物・薬の受け取り

- 日用品等の買い物(内容の確認、品物・釣り銭の確認を含む)
- 薬の受け取り

2 ケアプランへの具体的な記載方法

本サービスを利用する場合のケアプランの具体的な記載方法について説明します。

1 頻度は「適宜」

ケアプランの第2表には頻度を記載する欄がありますが、具体的な頻度は計画作成責任者の作成するプランに記載されるため、ケアプランには「適宜」と記載します。

第2表

居宅サービス計画書(2)

利用者名

殿

作成年月日

年

月

日

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	目 標				援 助 内 容					
	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間
体調不良の心配なく生活を続けたい	体調が維持できる	○～△	体調の管理ができる	○～△	①往診 ②体調管理		主治医	○〇診療所	2回/月	
		○～△	薬をわかりやすく管理する	○～△	①薬カレンダーに入れる		ご家族			
		○～△	栄養のある食事を摂取する	○～△	①お弁当の提供		配食弁当	○〇弁当		
		○～△	薬を確実に服用する	○～△	①食後の内服確認	○	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	〇〇ケアステーション	適宜	
		○～△	体調が悪化しないようにする	○～△	①体調不良時ADL低下時必要な支援	○	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	〇〇ケアステーション	適宜	

※1 「保険給付の対象となるかどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

※2 「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

2 随時対応サービスについて

ケアプランの第2表には「随時対応サービス」についても、緊急時に想定されるケア内容を計画作成責任者と相談し、記載するようにしてください。



2 ケアプランへの具体的な記載方法

3 ケアプラン第3表の記載方法

本サービスは「訪問時だけ」サービス提供が発生する訳ではなく、常に利用者からの通報を受けられる体制にあるため、24時間365日切れ目なくサービスを提供しているという考え方になります。

そのため、第3表にはすでに時間や曜日が決まっているサービス(通所介護等)を記載し、それ以外の時間は以下の例のとおり、24時間サービス提供していることがわかるような記載方法が望ましいです。

前述のとおり、具体的な週間スケジュールは計画作成責任者が作成し、ケアマネジャーに提出します。

週間スケジュールが確定した場合またはその後変更になった場合でも、ケアマネジャーはケアプラン第3表を作り直す必要はありません。

第3表

週間サービス計画表

利用者名 _____ 殿 作成年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00								
	6:00								
早朝	8:00								
	10:00	定期巡回	定期巡回	定期巡回	定期巡回	定期巡回	定期巡回	定期巡回	
午前	12:00		通所介護			通所介護			
	14:00								
	16:00								
	18:00								
午後	20:00								
	22:00								
	0:00								
夜間	2:00								
	4:00								

週単位以外のサービス	定期巡回随時対応型訪問介護看護サービス利用(24時間対応)
------------	-------------------------------

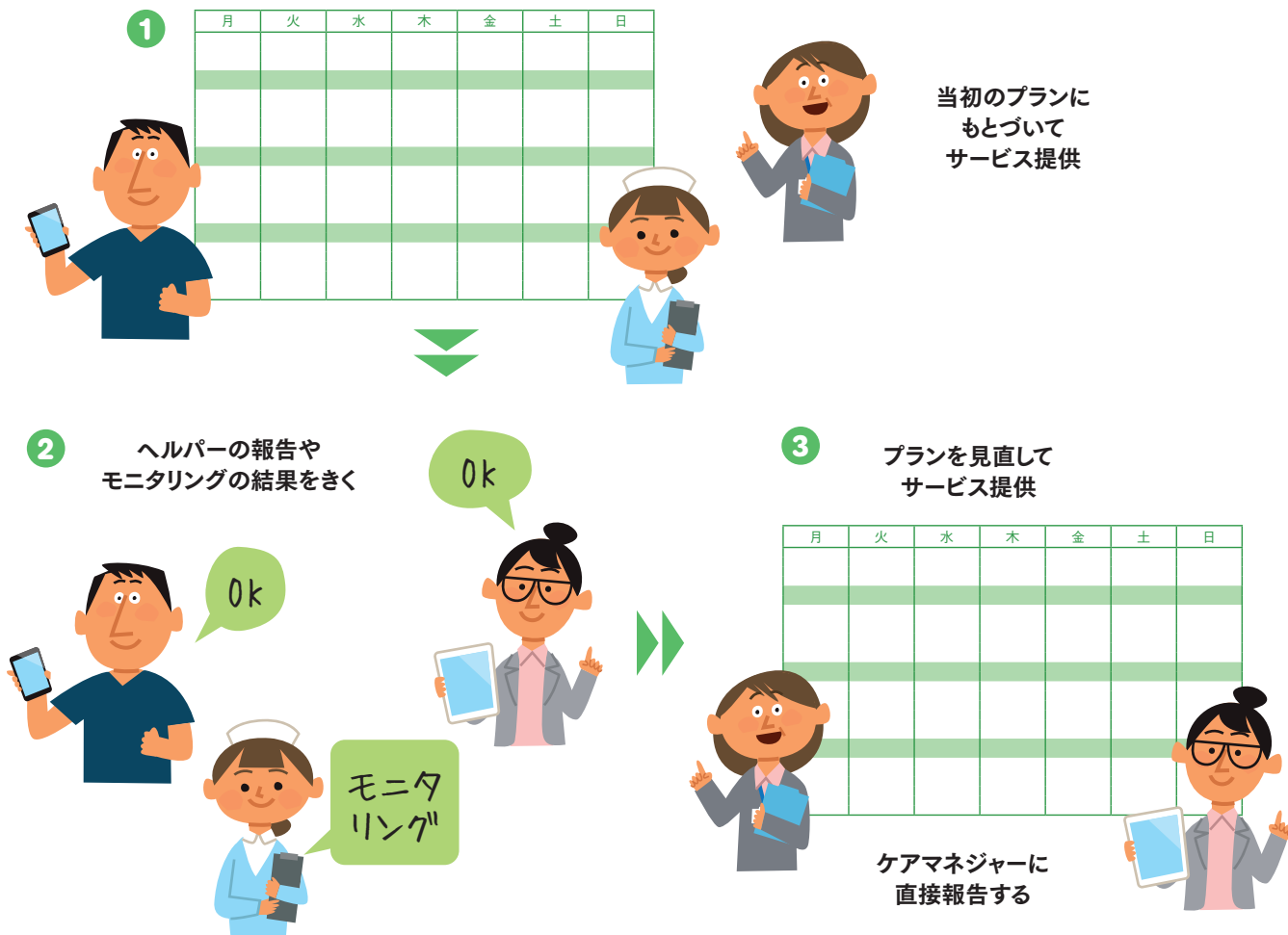
3 サービス開始後

1 日々見直されるプラン

本サービスは、サービス開始後も必要に応じて、プランを適宜見直します。

具体的には、実際にサービス提供を行い、モニタリングした結果、サービスの必要性を判断し、日々変更しながら、その利用者に合ったプランを作成していきます。

利用者に合ったプランが完成するまで、概ね2週間程度かかることもあります。



2 ケアマネジャーの役割

各介護サービス事業所が専門性を発揮し、緊密な連携を図っていくことで、より良いサービスが提供できますが、当事者である介護サービス事業所にとって、自事業所のサービスへの客観的な視点や評価は持ちづらくもあります。

そのため、ケアマネジャーは計画作成責任者の目を通して得た情報と、ケアマネジャーの視点から総合的に評価・判断を行い、チーム全体のかじ取りを行うことが役割といえます。

ケアマネジャーの役割

以下の点を評価・判断して、チーム全体のかじ取りを行う。

- 事業所間の連携が円滑に行えているか
- 計画作成責任者が作成したプランが適切であるか
- ケアプランの変更が必要か
- 本サービスの利用は適切か 等

4 提供票の作り方、単位数の計算方法

3 日割り計算・減算・加算

本サービスの日割り計算・減算・加算について説明します。

■ 日割り計算

本サービスを月途中で開始・終了した場合や、短期入所系サービス(ショートステイ等)を利用した場合、本サービスの介護報酬は、包括報酬ではなく日割りの単位数で算出します。

図表5 ▶ 本サービスを月途中で開始・終了した場合

(例)7月6日から7月28日まで本サービスを利用した場合

提供時間帯	サービス内容	サービス事業者 事業所名	月間サービス計画及び実績の記録																												合計				
			日付	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27		28	29	30	31
			曜日	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木		金	土	日	月
0:00~23:59	定期巡回随時II・日割	●●定期巡回・随時対応サービス事業所	予定					1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	23	
			実績																																

図表6 ▶ 短期入所系サービスを利用した場合

(例)7月10日から7月13日までショートステイを利用した場合

提供時間帯	サービス内容	サービス事業者 事業所名	月間サービス計画及び実績の記録																												合計				
			日付	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27		28	29	30	31
			曜日	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木		金	土	日	月
	併用短期生活II	ショートステイ■■■	予定								1	1	1	1																			4		
			実績																																
0:00~23:59	定期巡回随時II・日割	●●定期巡回・随時対応サービス事業所	予定	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	28		
			実績																																
0:00~23:59	定期巡回随時I・日割	●●定期巡回・随時対応サービス事業所	予定	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	27		
			実績																																

短期入所系サービスを利用した場合、入所日から退所日の前日まで、定期巡回・随時対応サービス費は算定しません。ただし、連携型の定期巡回事業所を利用し、かつ連携先の訪問看護事業所から訪問看護サービスを利用する場合、訪問看護費については短期入所系サービスの入所日から退所日まで算定しません。

■ 通所利用減算

通所系サービス(通所介護、通所リハビリ等)を利用した場合、提供票に通所利用減算を追加します。通所系サービスの利用時間に関わらず、1日あたりの通所利用減算の単位数は変わりません。

図表7 ▶ 通所系サービスを利用した場合

提供時間帯	サービス内容	サービス事業者 事業所名	月間サービス計画及び実績の記録																												合計				
			日付	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27		28	29	30	31
			曜日	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木		金	土	日	月
0:00~23:59	定期巡回随時II	●●定期巡回・随時対応サービス事業所	予定	1																													1		
			実績																																
9:30~16:30	地域通所介護41	▲▲通所介護	予定			1			1			1			1			1			1			1			1			1			8		
			実績																																
	定期巡回通所利用減算11	●●定期巡回・随時対応サービス事業所	予定			1			1			1			1			1			1			1			1			1			8		
			実績																																

なお、本サービスと通所系サービスを併用する場合、概ね以下の回数まで通所系サービスを区分支給限度基準額内で利用することができます。



第 3 章

事例集

本サービスを活用した事例を紹介します。

1 退院直後から状態が安定するまでの短期間

■ 基本情報

要介護度	要介護 3
性別	女性
年齢	83歳
家族	娘2人と同居していますが、娘たちが仕事のため日中独居。
疾病	気管支炎、喘息発作、認知症
ADL	ポータブルトイレなどへの移乗は自身で行えますが、食事などは声かけを行わないと忘れてしまうことがあります。
利用経緯	持病の喘息の発作で入院していました。退院の数日前から不穏状態になり、退院後に自宅でどのような状況になるかケアマネジャーや家族も分からなかったため、本サービスを利用することになりました。

サービス開始時のプラン

退院の数日前から不穏になり、興奮状態が続いていました。

日中独居のため、1日3回(朝・昼・夕)訪問し、排泄介助、食事配膳、声かけを行いました。土日祝日は家族がいるため、定期訪問はしませんでした。

困ることがあればケアコール端末により通報してもらい、随時対応を行いました。

また、本人が退院後自宅に戻り、どのような心身の状態になるか想定できない点が多かったため、訪問する度にアセスメントを行い、サービスを調整しました。

▶ 開始時のケアプラン

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
早朝	6:00								
	8:00								排泄介助、配膳、声かけ
	10:00								
午前	12:00								排泄介助、配膳、声かけ
	14:00								
	16:00								
午後	18:00								排泄介助、配膳、声かけ
	20:00								
	22:00								
夜間	0:00								
	2:00								
	4:00								
深夜	6:00								

支援経過

① サービス初日～4週間

排泄介助への拒否がほぼ毎回ありました。
また、ヘルパーへの暴言等はないものの、外まで聞こえるような大きな声で意味不明な発言をすることがありました。

ケアコール端末が気に入り、何度も通報することがありました(多い時で1日25回程)。

ヘルパーが訪問時に声かけを行うことで、食事や水分はしっかり摂取できていました。

1週間を過ぎた頃から、拒否はあるものの、徐々にケアへの拒否が少なくなっていきました。



② 開始4週間～1か月半

精神状態も安定し、大声を出すことや、ケアへの拒否、頻回な通報はなくなりました。

ヘルパーが声かけを行わなくても、訪問時に、自ら食事や水分補給を行えるようになりました。

利用者の状態をケアマネジャーに報告し、自分でできることが増えたので1日3回の訪問から1日2回の訪問で様子を見ることを提案しました。

朝は直前まで家族がいるので訪問しないこととし、昼・夕の2回の訪問に変更しました。訪問回数の減少によるADLや生活の変化はありませんでした。



③ 開始1か月半～2か月半

本人の状態が安定しているため、訪問介護への移行を検討しました。

ケアの引継ぎや新しい事業所のヘルパーに慣れってもらうため、引継ぎ先の候補である委託先*の訪問介護事業所にサービス提供を依頼しました。

食事や排泄は自分でできていることが多いため、清拭や足浴、ベッド上の洗髪で保清することを重視したプランに変更しました。

*本サービスは、業務の一部を地域の訪問介護事業所に委託(一部委託)することができます(P56～P57参照)。



④ 開始2か月半～3か月半

本人が引継ぎ先の訪問介護事業所のヘルパーに慣れてきたため、月途中で訪問介護へ切り替え、本サービスの提供を終了しました。

その後

サービス終了後数日が経ち、訪問介護事業所のヘルパーに本人の様子を確認したところ、「変わりなく安定して自宅で生活できています」との報告を受けました。

事例のポイント

退院当初は本人の不安感が強く、サービス提供への拒否や頻回な通報がありました。1日3回訪問し、不安が募った時にはケアコール端末でスタッフが会話するなど丁寧に対応することで、本人の精神状態が落ち着き、ADLが改善しました。

本人のできることが徐々に増えていったので、訪問回数を減らし、しばらく様子を見ました。

その後、本人の状態が安定したため、ケアマネジャー、利用者・家族と話し合い、訪問介護への移行を検討し、本人が引継ぎ先のヘルパーに慣れてきたところで訪問介護へ移行しました。



2 服薬のみの短時間訪問

■ 基本情報

要介護度	要介護 2
性別	女性
年齢	92歳
家族	独居、キーパーソンの娘は遠方に在住で数か月に1度程度の訪問。
疾病	アルツハイマー型認知症、高血圧
ADL	杖を使用して歩行でき、買い物や洗濯等の生活面は行っていますが、認知症の「物盗られ妄想」があります。
利用経緯	「物盗られ妄想」により不安が強まり、地域包括支援センターや警察へ一日に何度も相談に行っていました。また、認知症と血圧の薬を適切に飲めておらず、服薬支援の必要があったため、本サービスを利用することになりました。初めて介護保険サービスを利用します。

サービス開始時のプラン

1日1回、朝に認知症と血圧の薬を服薬する必要がありました。

また、主治医から、本人の状態に応じて血圧の薬の量を調整したいとの要望があったため、1日2回(朝・夕)の訪問で、朝は服薬の促しと血圧測定、夕は血圧測定を行いました。

それ以外の生活面は本人で行っていました。

▶ 開始時のケアプラン

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
早朝	6:00								
	8:00								血圧測定、服薬確認
午前	10:00								
	12:00								
	14:00								
	16:00								
午後	18:00								血圧測定、安否確認
	20:00								
	22:00								
	0:00								
深夜	2:00								
	4:00								
	6:00								

支援経過

本人は介護保険サービスの利用が初めてだったため、毎日他人が家に来ることに対して抵抗を感じ、拒否する可能性が考えられました。そのため、地域包括支援センターやケアマネジャーと連携を図り、もし、拒否があった場合や本人の不安が強くなった場合には、既に顔見知りのケアマネジャーがヘルパーに同行訪問するよう対策を立てました。実際にサービスが始まると、本人の拒否は全くなく、ケアマネジャーの同行訪問は行いませんでした。

また、定期的に服薬できていることや、毎日ヘルパーが訪問して本人の話を傾聴することで、次第に精神状態も落ち着いていき、地域包括支援センターや警察に相談に行く回数も減りました。

本人からも「毎日ヘルパーが来てくれて嬉しい」との発言がありました。本人がヘルパーの訪問時間を忘れてしまい、ヘルパーの訪問時に不在のことが多々ありましたが、ヘルパーが時間を空けて再度訪問するなどの対応をすることで、確実に服薬を行いました。

遠方に住んでいる家族からは、訪問状況や本人の状態を知りたいとの要望があり、家族やケアマネジャー等、第三者とリアルタイムで状況が共有できる業務支援システムを用いました。

また、定期巡回事業所から主治医に毎日の血圧測定の数値を報告した結果、主治医は血圧の薬を適量に処方することができました。

毎日の訪問の中で、ヘルパーから、「髪がべたついている、浴室が汚れている」などの報告があり、入浴できていないことが考えられたため、デイサービスでの入浴をケアマネジャーに提案しました。

しかし、「今までも何度かデイサービスを検討したが、本人の拒否により進まなかった」との返答があり、本サービスで週2回、自宅でのシャワー浴の介助を行うことになりました。

その後

最終的には、遠方に住む家族が通いやすい場所にある有料老人ホームへ入所しました。

事例のポイント

本サービスの利用期間は7か月でしたが、利用後は精神状態が落ち着き、地域包括支援センターや警察への相談も減りました。

本人がヘルパーの訪問時間を忘れ、ヘルパーの訪問時に不在だった時も、再訪問で対応したため、確実に服薬することができました。

また、利用者の家族からは「リアルタイムで状況を確認できるシステムは、離れて暮らしていても安心できる」との話がありました。



3 ターミナルケア

■ 基本情報

要介護度	要介護 4
性別	男性
年齢	67歳
家族	独居
疾病	肝細胞癌の末期、正常な肝臓の部分がない状態です。副腎や骨にも転移があり、左足に疼痛があります。また、腹水や浮腫、下肢からの浸出液があります。主治医の見立てでは、余命は2週間～1か月ですが、本人には告知していません。
ADL	ポータブルトイレに一部介助にて移乗可能です。食事は本人で少量を摂取できます。骨転移のため、左足に疼痛があります。
利用経緯	入院先の病院ではこれ以上治療ができない状態のため、本人の希望により退院し、本サービスを利用することになりました。

サービス開始時のプラン

ケアマネジャーからの提案では、1日4回(朝・昼・夕・夜)のサービス提供でしたが、深夜に体調が急変することが考えられるため、1日5回(朝・昼・夕・夜・深夜)の定期訪問でスタートすることになりました。

また、独居のため、身体的なケアだけでなく、洗濯や買い物、掃除等の生活支援も本サービスで行うことになりました。

▶ 開始時のケアプラン

	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
早朝	6:00							
	8:00							排泄介助、服薬介助、食事配膳
午前	10:00							
	12:00							排泄介助、服薬介助、食事配膳
午後	14:00	訪問看護	訪問診療	訪問看護	訪問看護	訪問入浴		
	16:00							
夜間	18:00							排泄介助、服薬介助、食事配膳
	20:00							
深夜	22:00							排泄介助、服薬介助、ゴミ出しなど
	0:00							
	2:00							
	4:00							排泄介助
	6:00							

支援経過

① サービス初日～1週間

ケア開始から1週間は状態が安定しており、好きなTVを観たり、好物の甘い物を食べるなどして過ごしていました。



② サービス開始から1週間後

「幻覚が見える」といった発言や、食欲の低下が見られるようになりました。

本人からの通報により、随時訪問で排泄介助や状態観察、傾聴を行いました。



③ サービス開始から2週間後

食欲がなくなり、固形物を食べることが少なくなりました。定期巡回事業所がケアマネジャーに状況を報告し、ケアマネジャーが医師へエンシュア(総合栄養剤)の処方を提案しました。

買い物では、ヘルパーがゼリー飲料などの飲みやすい物を選んで購入しました。

1日に1回程度、身体の強い掻痒感や吐き気があるとの通報があり、ヘルパーが随時訪問を行いました。



④ サービス開始から3週間後

本人の状態が悪化し、自身で水分補給することが困難になったため、頓服で内服液を飲むことになりました。

次第に、本人に声かけをして開眼しても、すぐ閉眼するところまで意識レベルが落ち、主治医からは、いつ呼吸が止まってもおかしくない状態との連絡が入りました。

その後、プランを変更し、1日5回のケアの合間に訪問可能なスタッフが安否確認にて訪問することになりました。

昼の定期訪問の約2時間後に安否確認にて随時訪問したところ、呼吸が止まっていました。

主治医やケアマネジャー、ソーシャルワーカーに連絡し、状況報告を行って、サービス終了になりました。

事例のポイント

短い期間ではありましたが、本人が好きなTVを観たり、好物を食べられたことで「自分らしく自宅で最後を過ごしたい」という希望に、ささやかながら応えられたように思います。

また、意識レベルが低下した際に訪問回数を増やしたことで、本人の呼吸が止まってからも時間が空かずに対応することができました。



4 訪問看護との連携

■ 基本情報

要介護度	要介護 5
性別	女性
年齢	92歳
家族	息子家族と同居ですが、息子には腰痛があり、身体介護はできません。
疾病	変形性膝関節症、膀胱結石、右尿管ステント留置があり、尿路感染症を起こしやすいです。過去に腸閉塞で入院したことがあり、排便コントロールが必要です。
ADL	ベッド上での生活、側臥位は自分で保てます。下半身は動かしづらいですが、上半身は介助なしで動かすことができます。
利用経緯	腸閉塞で入院しており、退院後に頻回な排泄介助と排便コントロールが必要なため、本サービスを利用することになりました。

サービス開始時のプラン

① 本サービス

朝・昼・夕・夜に排泄介助で訪問しました。食事や掃除等のその他の生活面は家族が対応しました。

② 訪問看護

週に1度、排便の状況を確認し、必要に応じて浣腸を行いました。2日排便がない場合には、家族が液体下剤を投与しました。

医療行為にあたる浣腸や摘便は訪問看護で行い、その後の残便処理は本人・家族や看護師からの通報を受け、ヘルパーが随時訪問して対応しました。

▶ 開始時のケアプラン

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
早朝	6:00								
	8:00								排泄介助
午前	10:00								
	12:00								排泄介助
	14:00				訪問看護				排便コントロール、浣腸
午後	16:00								
	18:00								排泄介助
	20:00								
夜間	22:00								排泄介助
	0:00								
深夜	2:00								
	4:00								
	6:00								
	6:00								

支援経過

支援者が利用者宅に行って「連絡ノート」を見なければ、利用者の状況が確認できない現状を改善するために、インターネット上でサービス提供状況が確認できる業務支援システムを活用し、事業所間で情報共有を行いました。

業務支援システムを活用し、ヘルパーが日々記録している排便状況を看護師が事前に確認することで、看護師は利用者宅に到着してからすぐにサービスを提供できるようになりました。

また、摘便や浣腸のサービス内容をさらに細かく分解し、訪問看護は「摘便や浣腸の挿入」を担当し、本サービスは「浣腸後の残便処理」を行うと役割分担することで、「看護」と「介護」の住み分けが一層進み、効率性が向上しました。

事例のポイント

訪問看護がサービス提供を行うにあたり、「なぜ訪問看護で行うのか」の根拠が必要ですが、明確な根拠がないまま、医療行為外のサービスまで担当しているケースも少なくありません。

「看護」と「介護」の業務の住み分けを行うことで、効率性を上げつつ、各事業所が専門性を発揮して利用者を支えることができます。



5 インフォーマルサービスの活用

■ 基本情報

要介護度	要介護 2
性別	女性
年齢	76歳
家族	独居
疾病	パーキンソン病、統合失調症(娘が2年前に亡くなってから発症)
ADL	パーキンソン病と精神状態によって日内変動があります。調子の良い時には、自分でトイレに伝い歩きで行くことができます。食が細く、促さないと食べないので、栄養状態も良くありません。

利用経緯 一人で外出し転倒することを繰り返していました。本人の暮らすマンション下階に住んでいる友人が食事や服薬、排泄、買い物、洗濯等、全ての介護を行っていました。友人の負担が重くなり、地域包括支援センターへの相談があって、本サービスの利用が始まりました。また、同時に訪問看護による訪問リハビリも始まりました。

サービス開始時のプラン

本人はパーキンソン病の薬を1日3回服薬する必要がありましたが、適切な服薬ができていませんでした。

そのため、薬の効果が切れてしまうと身体が動かなくなってしまう、サービス開始前はベッド上での生活が中心になっていました。

サービス開始にあたっては、服薬のタイミングをベースに定期訪問の回数を考えました。

本人が外出時に転倒した際にはすぐに対応できるように、携帯できるケアコール端末を常に本人に持ち歩いてもらうようにしました。

また、友人にもケアコール端末の操作方法を伝え、本人が転倒していた場合に備えました。

▶ 開始時のケアプラン

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
早朝	6:00								
	8:00								排泄介助、配膳と声かけ、服薬介助
午前	10:00								
	12:00								排泄介助、配膳と声かけ、服薬介助
午後	14:00			訪問看護					リハビリ
	16:00								
夜間	18:00								排泄介助、配膳と声かけ、服薬介助
	20:00								
深夜	22:00								
	0:00								
	2:00								
	4:00								
	6:00								

支援経過

サービス開始後2週間が経過し、定期的な訪問できちんと服薬ができるようになった結果、身体の動きが安定して、転倒なく過ごせるようになりました。自分でトイレに行くこともできるようになり、離床時間も増えていきました。訪問診療の医師からは、栄養状態も改善しているとの報告を受けました。

また、友人の介護負担が減少したことで、友人の気持ちに余裕ができ、友人が本人に手料理を持っていったり、薬の受け取りに行ったり、お彼岸には本人と一緒に亡くなった娘のお墓参りに同行したり、色々と本人を支えてくれました。

体調面が安定してきたため、デイサービスに週1回通うことを試みた結果、本人がデイサービスを気に入り、また、入浴するため週2回通うことになりました。現状、体調面、精神面ともに安定しており、自宅での生活が継続できています。

事例のポイント

本サービスを利用することで、友人の介護負担が減少し、気持ちに余裕も生まれ、介護保険サービスでは対応できない墓参りに同行するなど、友人が本人を再び支えてくれるようになりました。

介護保険サービスのみではなく、「地域の力」ともいえるインフォーマルサービス(家族、近隣、友人、民生委員、ボランティア等)を併用することで、利用者が地域の関係者と関わりながら、自分らしく暮らす「地域包括ケアシステム」が実現しやすくなります。



6 アセスメントのための利用

■ 基本情報

要介護度	申請中(逝去後に要介護5の判定)
性別	男性
年齢	89歳
家族	妻と同居
疾病	すい臓がん末期
ADL	会話はできず、痛みへの反応はあります。ベッド上での生活で、経口摂取できず、協力動作もありません。主治医の見立てでは、余命は数週間～1か月程度です。
利用経緯	家族旅行から帰宅して数日後、体調が急激に悪化し救急搬送され、検査の結果、すい臓がんの末期状態であることが判明しました。治療は行えないため、家族で協議し、最後は自宅で過ごすことになり、介護保険申請を行いました。検査後すぐに退院することになり、本サービスを利用することになりました。

サービス開始時のプラン

急な話だったためケアマネジャーも利用者の状態を把握できておらず、また同居する妻からは「介護に関わりたくない」との要望がありながらも、妻にどこまで介護力があるのかわかりませんでした。

そのため、訪問の度にアセスメントを行い、その情報を基にケアプランの内容を徐々に確定していく方針を立て、1日に2回(朝・夕方)排泄介助を行う暫定ケアプランでスタートしました。

暫定ケアプランの中には、排泄介助以外にも今後必要と想定されるサービス(体位交換、保清)も入れました。

特別指示書が出ていたので、医療保険で訪問看護が入り、その後に訪問診療も入ることになりました。経口摂取ができないため、点滴で対応することになりました。

▶ 開始時のケアプラン

	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
早朝	6:00							
	8:00							排泄介助、体位交換、保清
午前	10:00							
	12:00							
午後	14:00	訪問看護	訪問看護	訪問看護	訪問看護	訪問看護	訪問看護	点滴
	16:00							
夜間	18:00							排泄介助、体位交換、保清
	20:00							
深夜	22:00							
	0:00							
	2:00							
	4:00							
	6:00							

支援経過

退院当日からサービス提供を開始しました。口腔内の汚れや乾燥が見られたため、口腔ケアをケアプランに追加しました。

妻から「本人のために何かしたい」との要望があり、口腔ケアや清拭のやり方を伝えたところ、全身清拭や更衣介助の際に体位保持を手伝うなど、積極的な介護への参加がありました。

また、かかと部に赤みができはじめていたので、除圧の方法も伝えました。妻の介護力も向上し、本人が療養生活を送る上で、大きな支えとなりました。

ケアマネジャーや訪問看護とは業務支援システムを用いて情報共有し、事業所間でリアルタイムにサービス提供の状況を把握していました。

サービス開始3週間後、本人逝去のため、サービス終了となりました。

事例のポイント

急遽、介護保険サービスを利用することになったため、ケアマネジャーも必要な情報を得ることが難しい状況でした。

本サービスを利用することで、訪問の度にアセスメントを実施し、徐々にケアプランを調整しながら、必要なサービスを固めていくことができました。

この事例のように、急に介護保険サービスを利用することになったり、退院後の状態が不安定で十分なアセスメントに時間がかかることがあります。

そのような場合に本サービスを利用すれば、定期巡回事業所が毎日複数回のサービス提供を行う中で訪問の度にアセスメントを行い、利用者の状態に合わせた必要なサービスを浮かび上がらせるため、ケアマネジャーはサービス調整がしやすくなります。



7 柔軟な対応の様々な例

急な体調不良

■ 基本情報

要介護度 要介護 3

家族 家族が仕事のため、日中独居

ケアプラン 1日3回(朝・昼・夕)の訪問

朝の訪問時、利用者に体熱感があったため、体温測定を実施したところ、38度台の熱が出ていました。その場で訪問看護に報告した結果、水分補給とクーリングの指示が出ました。

朝の訪問から昼の訪問まで時間が空いてしまうので、その間に水分補給と体温測定を随時訪問で行うことになりました。

昼の訪問時にも体温が下がっていなかったため、夕方までの間にも追加で随時訪問を行いました。

夕方には熱も落ち着き、訪問看護からの連絡で往診が入り風邪薬が処方され、翌日には体調が戻りました。

認知症の方への服薬確認

■ 基本情報

要介護度 要介護 1

家族 独居

ケアプラン 1日2回(朝・夕)の訪問

利用者は認知症の影響で1日2回の薬を飲み忘れてたり、重複して飲んでしまったりしていました。

そこで、朝と夕方にヘルパーが訪問して声かけし、服薬の促しを行うことになりました。

ある朝、ヘルパーが訪問すると、利用者宅に本人がおらず、外出している様子でした。10分程待機しても本人は戻らず、1時間後に再訪問しても本人は戻っていませんでした。

そのため、その1時間後にヘルパーが再々訪問したところ、本人が帰宅していたので、服薬の促しを行いました。本人はヘルパーが来ることを忘れていて、「天気が良いので買い物に行っていた」と話していました。

家族が集まるので車いすに乗りたい

■ 基本情報

要介護度 要介護 5

家族 妻と2人暮らし

ケアプラン 1日3回(朝・昼・夕)の訪問

利用者は妻と2人暮らしで、基本的にはベッド上で生活しています。

息子たち家族が利用者宅に集まる日があり、利用者から、「当日は短時間だけでも車いすに座り、家族と同じ目線で話したい」との要望がありました。

本人が利用している訪問リハビリに確認したところ、30分程度であれば、車いすでの座位保持は可能との話がありました。

当日、昼の訪問時に排泄介助と車いすへの移乗を行い、約30分後に車いすからベッドへの移乗のみのサービスを追加して対応しました。

本人や妻、家族からは、「同じ目線で一緒に話ができ良かった」と、感謝の言葉をもらいました。

夏場の水分補給

■ 基本情報

要介護度 要介護 2

家族 独居

ケアプラン 1日2回(朝・夕)の訪問

利用者は認知症のため、サービス開始前の夏、室温の調整ができずに熱中症で入院したことがあります。

サービス開始後、気温が高くなる6月後半から暑さが和らぐ9月末までの期間は、水分補給と室温調整をするため、1日2回から3回に訪問回数を増やしました。

その結果、脱水や熱中症になることなく夏を乗り切ることができ、秋には従前のケアプランに戻り、現在も自宅での生活が続いています。

ショートステイを月の半分利用

■ 基本情報

要介護度 要介護 4

家族 独居

ケアプラン 1日3回(朝・昼・夕)の訪問

利用者は特別養護老人ホームの入所待ちで、自宅以外で生活することに慣れるため、月半分をショートステイで過ごしていました。

本人がショートステイ先で帰宅願望が強くなった際、いつでも自宅に戻れるよう、在宅時は本サービスを利用しました。

なお、短期入所系サービスの利用月は、本サービスの報酬は日割りになります。

その後、本人も外泊することに徐々に慣れ、帰宅願望もなくなりました。現在も月半分は自宅、半分はショートステイで過ごしています。

点眼のみの対応

■ 基本情報

要介護度 要介護 1

家族 家族同居

ケアプラン 1日4回(朝・午前・午後・夕)の訪問

利用者は白内障の手術後、1日4回4種類の点眼が必要となり、本サービスを利用しました。

アセスメントの結果、軽度の認知症の疑いはありましたが、点眼以外は本人や家族でできるため、点眼のみのサービス提供となり、医師から点眼終了の指示があるまで2か月訪問しました。

その後、血圧が高いことや、水虫があることもわかったため、現在は1日2回の定期訪問で服薬と足浴の介助に変更して対応しています。



8 地域の訪問介護事業所に委託する

■ 基本情報

要介護度	要介護 4
性別	男性
年齢	76歳
家族	妻と同居ですが、妻との仲が悪く、家での生活は完全に分離しています。
疾病	糖尿病、脳幹出血後遺症による左不全麻痺、記憶障害
ADL	退院当初は自分で体位変換や腰を上げることができず、ベッドからの起き上がりに一部介助が必要でした。本サービスの開始から1か月後、ベッドからの起き上がりやポータブルトイレへの移乗ができるようになりました。
利用経緯	訪問介護を利用していましたが、区分支給限度基準額内に単位数を収めるため、訪問介護では週5回、1日2回の訪問が限界でした。訪問介護では夕方から翌朝まで訪問の時間が空くため、シーツまで尿で濡れていることが多々ありました。また、適切な服薬もできておらず糖尿病が悪化したため、検査入院をすることになりました。併せて入院前は食欲減退により、低血糖を起こすことがありました。退院後、訪問介護では在宅生活を支えきれず、本サービスを利用することになりました。

サービス開始時のプラン

退院前カンファレンス時のアセスメントの結果、1日4回（朝・昼・夕・夜）の訪問を行うことにしました。

本サービスの業務の一部を、これまで利用者にサービス提供していた訪問介護事業所に依頼することで、利用者と顔なじみのヘルパーが平日の朝・昼・夕方に訪問することになりました。

夜は定期巡回事業所で対応しました。

支援経過

食事、服薬

配膳と声かけを行わないと自ら食べることはせず、食べても数口で中断してしまうため、その度に声かけが必要でした。

1日3回の訪問による食事の促し、服薬の支援を行うことで体調も安定しました。

排泄、移動、移乗

退院時はベッド上でのテープ式おむつの交換でしたが、体調が安定してきたため、退院前に購入していたポータブルトイレへの移乗を試みました。

当初は一部介助で移乗していましたが、数日後に自身で移った形跡があると自社や委託先のヘルパーから報告がありました。

その後も、委託先のヘルパーと協力しながら利用者を支え、現在は自分でポータブルトイレでの排泄ができるようになり、移乗も見守りで行えるようになりました。

その結果、テープ式おむつを使用しなくて済むようになりました。

事例のポイント

訪問介護事業所へ業務の一部を委託することで、訪問介護のヘルパーを変更しないで済み、本サービスへの切り替えも問題なく進みました。

委託先の訪問介護事業所のヘルパーに定期巡回事業所のヘルパーが同行することで、定期巡回事業所のヘルパーは利用者のADLや性格などを素早く把握することができました。

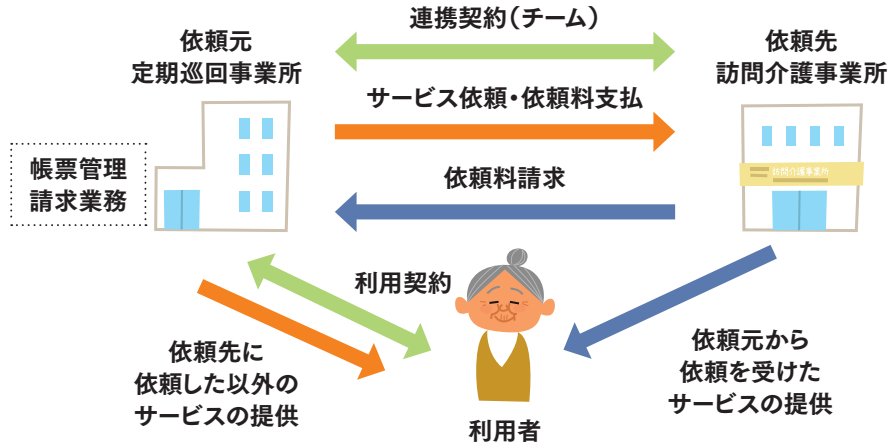
入院前には行えていなかった食事や服薬がきちんとできるようになったことで体調が安定し、排泄介助の内容もベッド上でのおむつ交換からポータブルトイレの介助に変更になりました。結果として、テープ式おむつから卒業でき、本人のADLの向上にも繋がりました。

本サービスの業務委託の詳細はP56～P57参照



9 本サービスの業務委託について

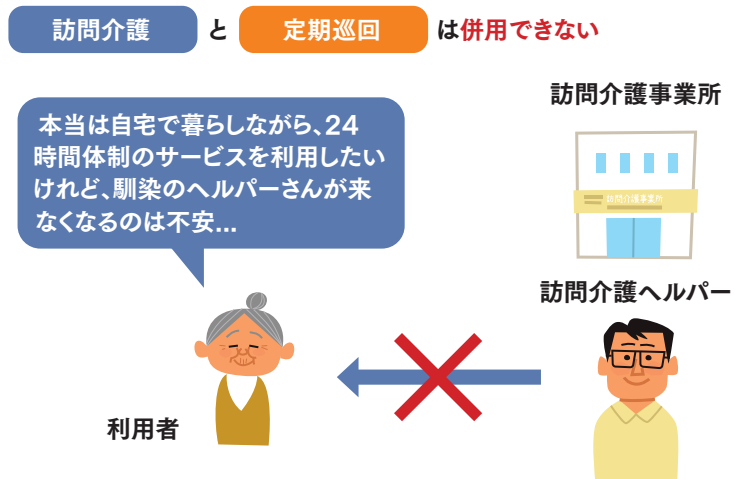
定期巡回事業所は、業務の一部を地域の訪問介護事業所や夜間対応型訪問介護事業所に委託(一部委託)することができます。



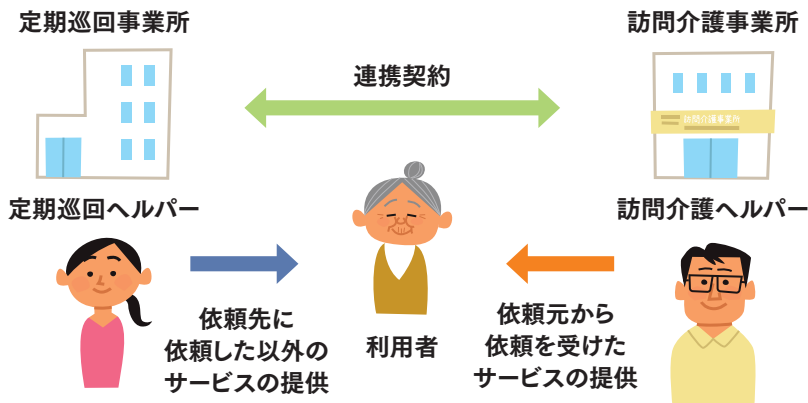
1 利用者のメリット

訪問介護から本サービスに移行する場合、2つのサービスを併用することはできないため、ヘルパーは定期巡回事業所のヘルパーに交替することになります。

24時間体制のサービスを利用したいという希望があっても、馴染みのヘルパーが変わることに抵抗を感じる利用者もいます。



訪問介護 と 定期巡回 が連携すると



定期巡回事業所が訪問介護事業所に業務を一部委託することで、訪問介護事業所のヘルパーが今までと変わらずに利用者にサービス提供できるようになります。

訪問介護事業所がサービス提供している時間以外を定期巡回事業所が担当することで、利用者を24時間365日支える体制を構築することができます。

現在のヘルパーを変えずに定期巡回に移行し、24時間のサービスを提供可

※ケアマネジャーの変更も不要

2 委託先の訪問介護事業所のメリット

訪問介護事業所が定期巡回事業所の業務の一部を受託することによって得られるメリットは以下のとおりです。

- ① 訪問介護事業所のヘルパーは変わらないため、利用者に長く寄り添うことができる
- ② 利用者の状態が改善されれば、以前の訪問介護のプランに戻ることも可能
- ③ 本サービスは、比較的身体介護が多いため、スタッフの身体介護のスキルが上がる
- ④ スタッフの稼働率が上がる
- ⑤ 利用者の帳票類の管理や国保連・利用者請求は、定期巡回事業所が担当するため、事務的な業務量は減少する 等

3 地域包括ケアシステムの推進

業務の一部委託については、定期巡回事業所が、地域の実情に応じて、既存の地域資源や人材を活用することにより、効果的なサービス提供が可能となる観点から認められています。

定期巡回事業所が、地域の複数の訪問介護事業所と緊密な連携を図りながらサービスを提供することで、24時間365日途切れることなく地域で利用者を支える仕組みが広がり、「地域包括ケアシステム」の実現につながります。



【参考】一部委託の根拠

指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成18年厚生労働省令第34号)の第3条の30第2項

指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者は、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所ごとに、当該指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の定期巡回・随時対応型訪問介護看護従業者によって指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護を提供しなければならない。ただし、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所が、適切に指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護を利用者に提供する体制を構築しており、他の指定訪問介護事業所、指定夜間対応型訪問介護事業所、又は指定訪問看護事業所(以下この条において「指定訪問介護事業所等」という。)との密接な連携を図ることにより当該指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の効果的な運営を期待することができる場合であって、利用者の処遇に支障がないときは、市町村長が地域の実情を勘案し適切と認める範囲内において、定期巡回・随時対応型訪問介護看護の事業の一部を、当該他の指定訪問介護事業所等との契約に基づき、当該指定訪問介護事業所等の従業者に行わせることができる。

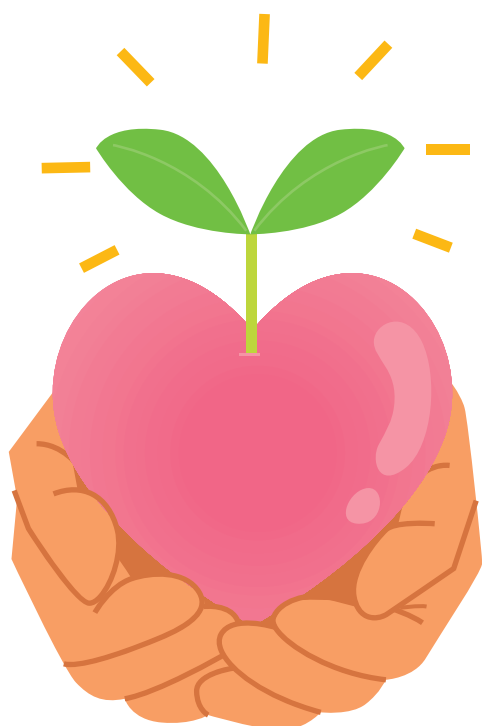
「定期巡回・随時対応サービスと生産性向上」

介護現場は人材不足の状況が続いています。今後、ますます高齢化が進む中、介護人材の確保・定着は喫緊の課題です。このような状況の中、介護の質を確保、向上させていくことを目的とし、厚生労働省は2019年3月に「介護サービス事業における生産性向上に資するガイドライン」を策定しました。

同ガイドラインでは、「介護サービスにおける生産性向上」を、「要介護者の増加やニーズが多様化していく中で、業務を見直し、限られた資源（人材等）を用いて一人でも多くの利用者に質の高いケアを届けること」等と定義しています。



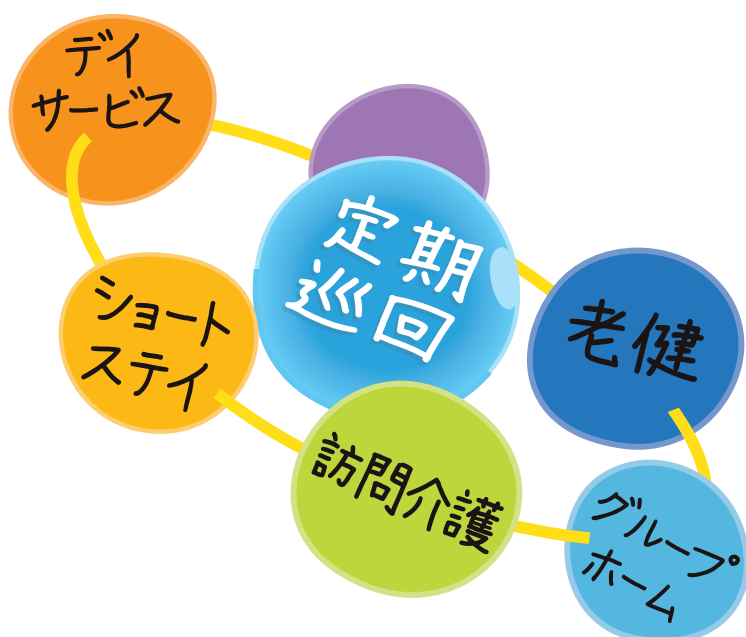
本サービスは、利用者の心身の状態に応じ、訪問回数・時間やサービス内容を柔軟に設定できるサービスです。定期巡回事業所が、適切なアセスメントを基に、手厚くきめ細かいケアが必要な部分、本人でできる部分を見極め、制度の柔軟性を活かしながらサービス提供することで、1人の職員が支えることができる利用者の数を増やすことができます。このことから、本サービスは生産性を向上させやすいサービスと言えるでしょう。



さらに、本サービスでは、地域の訪問介護事業所、夜間対応型訪問介護事業所、訪問看護事業所への業務の一部委託が認められています。定期巡回事業所が、地域の他事業所と連携し、ワンチームとなって効率的かつ効果的にサービス提供することで、地域における介護の生産性向上も期待できます。



本サービスは、要介護者の「住み慣れた地域や住まいで最後まで暮らしたい」という希望を叶えることができる、これからの地域社会に欠かせない資源です。本サービスが地域に根付き、広まっていくためにも、定期巡回事業所は、利用者の自立に資する質の高いケアを提供することや、地域の関係者・住民へ積極的な情報提供を行うことで、地域から信頼される事業所になっていただきたいと思います。そして、ケアマネジャー、利用者・家族は本サービスの特徴を正しく理解していただくようお願いします。



Q&A

Q1 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と連携した場合の報酬を算定する場合、訪問看護で設定されている全ての加算が算定できるのか。

A1

夜間又は早朝、深夜に訪問看護を行う場合の加算、複数名訪問加算、1時間30分以上の訪問看護を行う場合の加算及び看護体制強化加算は算定できない。

(事務連絡 介護保険最新情報vol.629「平成30年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.1)(平成30年3月23日)」の送付について)

Q2 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と具体的にどのように連携するのか。

A2

定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスについては、利用者の心身の状況に応じた柔軟な対応が求められることから、居宅サービス計画に位置づけられたサービス提供の日時にかかわらず、居宅サービス計画の内容を踏まえた上で、計画作成責任者が定期巡回・随時対応型訪問介護看護を提供する日時及びサービスの具体的な内容を定めることができるものであるが、この場合、当該定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスを位置付けた居宅サービス計画を作成した介護支援専門員に対して適宜、当該定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画を報告することとしている。

したがって、アセスメントからケアプランの作成等に至るケアマネジメントの流れは従前の介護サービスと同様であるが、具体的なサービス提供の日時等は当該事業所において決定され、当該事業所よりその内容について居宅介護支援事業所に報告することとしており、報告を受けた後に、必要に応じて居宅サービス計画の変更等を行う必要がある。なお、当該変更が軽微な変更に該当するかどうかは、「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準について」(厚生省老人保健福祉局企画課長通知)に記載したとおり「例えば、サービス提供日時の変更等で、介護支援専門員が一連の業務を行う必要性がないと判断したもの」であるので留意する必要がある。

(事務連絡 介護保険最新情報vol.267「平成24年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.1)(平成24年3月16日)」の送付について)

Q3 定期巡回サービスを提供しない時間帯を設けることは可能か。また、この場合、定期巡回サービスの提供に当たる訪問介護員等を配置

しないことはできるか。

A3

事業所としては、利用者のニーズに対し24時間対応が可能な体制を確保する必要があるが、全ての利用者に全ての時間帯においてサービスを提供しなければならないわけではなく、例えば適切なアセスメントの結果、深夜帯の定期巡回サービスが1回もないといった計画となることもあり得るものである。

また、定期巡回サービスの提供に当たる訪問介護員等は「必要数」配置することとしており、結果として定期巡回サービスが存在しない時間帯が存在する場合、当該時間帯に配置しないことも可能である。

(事務連絡 介護保険最新情報vol.267「平成24年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.1)(平成24年3月16日)」の送付について)

Q4 本サービスのオペレーターが兼務可能な範囲はどこまでなのか。

A4

オペレーターについては、利用者からの通報を受け付けるに当たり支障のない範囲で、当該事業所の定期巡回サービス、随時訪問サービス(午後6時から午前8時までの間に限る。)*、訪問看護サービス(オペレーターが保健師、看護師又は准看護師の場合に限る。)に従事できる。

また、一体的に運営する訪問介護事業所、訪問看護事業所(オペレーターが保健師、看護師又は准看護師の場合に限る。)及び夜間対応型訪問介護事業所の職務(利用者に対するサービス提供を含む。)にも従事可能である。

なお、オペレーターが他の職務に従事する場合は、利用者からの通報を適切に受け付ける体制を確保することが必要である。

また、訪問介護事業所のサービスに従事した時間については訪問介護事業所における勤務延時間数として算入することが可能である。

*2018年の改定で日中(午前8時から午後6時)についても兼務が認められています。

(事務連絡 介護保険最新情報vol.267「平成24年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.1)(平成24年3月16日)」の送付について)

Q5 訪問介護事業所のサービス提供責任者は常勤・専従とされているが、一体的に運営されている定期巡回・随時対応型訪問介護看護の従業者を兼務することは可能か。また、夜間対応型訪問介護のオペレーターや随時訪問を行う訪問介護員等はどうか。

A5

いずれの職種の者も本サービスの従業者として兼務が可能であり、訪問介護事業所のサービス提供責任者が定期巡回事業所及び夜間対応型訪問介護事業所のオペレーターを兼務しながら、地域を巡回するあるいは利用者へのサービス提供を行うといった勤務形態についても利用者の処遇に支障がない範囲で認められるものである。(夜間対応型訪問介護事業所のオペレーターや随時訪問を行う訪問介護員等も同様。)

なお、常勤のサービス提供責任者が本サービスに従事する場合、当該サービス提供責任者は訪問介護事業所及び定期巡回・随時対応型サービス事業所における常勤要件をそれぞれ満たすものである。

(事務連絡 介護保険最新情報vol.267「平成24年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.1)(平成24年3月16日)」の送付について)

Q6 本サービスについては、他の事業との柔軟な兼務等を認めているが、その趣旨はどういったものなのか。

A6

本サービスは、在宅の要介護者が中重度となってもそのニーズに応じたサービスを選択しながら、住み慣れた地域での在宅生活が継続できるよう創設したものである。

一方、

- ・週1～2回程度の日中の訪問介護を受けたい
 - ・日中の訪問介護はそれほど必要ないが夜間の安心感を得たい
 - ・退院直後の在宅生活安定のため一時的に頻回の訪問介護・看護が必要
 - ・1日複数回の訪問介護と定期的な訪問看護が必要
- 等、在宅要介護者の訪問系サービスにおけるニーズは多様である。

こうしたニーズに適宜適切に対応するためには、常に利用者の心身の状況に即したサービスが選択できることが望ましいことから、一つの拠点において人材を有効に活用しながら、本サービス、訪問介護、夜間対応型訪問介護、訪問看護といった複数のメニューを一体的に提供する体制を構築することを可能としたものである。

(事務連絡 介護保険最新情報vol.267「平成24年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.1)(平成24年3月16日)」の送付について)

Q7 定期巡回事業所の看護職員がオペレーター業務又は利用者に対するアセスメント訪問を行う際の勤務時間は、常勤換算の際の勤務

延時間数に算入することが可能か。

A7

可能である。

(事務連絡 介護保険最新情報vol.267「平成24年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.1)(平成24年3月16日)」の送付について)

Q8 定期巡回サービスは、20分未満などの短時間のサービスに限られるのか。また訪問介護のように、それぞれのサービスごとに概ね2時間の間隔を空ける必要があるのか。

A8

定期巡回サービスは短時間のサービスに限るものではない。適切なアセスメントに基づき、1回当たりのサービス内容に応じて柔軟に時間設定をする必要がある。

また、それぞれのサービスごとの間隔の制限はない。

(事務連絡 介護保険最新情報vol.267「平成24年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.1)(平成24年3月16日)」の送付について)

Q9 定期巡回サービスにおいて提供すべきサービスの具体的な内容は、どのように定められるのか。

A9

定期巡回サービスは、居宅サービス計画において位置付けられた利用者の目標及び援助内容において定められた、利用者が在宅の生活において定期的に必要となるサービスを提供するものである。

また、利用者の心身の状況に応じて日々のサービスの提供時間や内容を定期巡回事業所において変更し、利用者のニーズに応じて必要なサービスを柔軟に提供することを可能としている。

なお、こうした変更に当たっては、居宅サービス計画の内容を踏まえて行うとともに、介護支援専門員と必要な連携を図る必要がある。

(事務連絡 介護保険最新情報vol.267「平成24年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.1)(平成24年3月16日)」の送付について)

Q10 定期巡回サービスは、「1日複数回の訪問を行うことを想定している」とあるが、1日当たりの訪問回数を目安若しくは上限や下限はあるのか。

A10

1日当たりの訪問回数を目安等は定めていないが、適切なアセスメントに基づき、利用者にとって必要な回数が設定されるものである。

Q&A

例えば、利用者が外出している場合や他のサービスを利用している場合等は訪問を行わない日があっても差し支えなく、退院直後や利用者の体調が悪くなった場合等は訪問回数が通常よりも増加する場合も想定されるものであり、利用者の心身の状況に応じて適切な回数・内容のサービスを柔軟に提供する必要がある。

(事務連絡 介護保険最新情報vol.267「平成24年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.1)(平成24年3月16日)」の送付について)

Q11 定期巡回サービス及び随時訪問サービスにおいて提供するサービスの内容は、訪問介護の身体介護と生活援助と同様か。

A11

定期巡回サービス及び随時訪問サービスは、身体介護を中心とした1日複数回の定期訪問と、それらに付随する生活援助を組み合わせて行うものであり、具体的なサービスについては、既存の訪問介護の内容・提供方法にとらわれず、適切なアセスメントにより利用者個々の心身の状況に応じて、1日の生活の中で真に必要な内容のものとなされたい。

なお、定期巡回サービス等における、1回の訪問の内容が安否確認、健康チェック、見守りのみであっても差し支えない。

(事務連絡 介護保険最新情報vol.267「平成24年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.1)(平成24年3月16日)」の送付について)

Q12 利用者からの随時の通報があった場合、必ず随時訪問サービスを提供しなければならないのか。

A12

随時対応サービスは、オペレーターが利用者の心身の状況を適切に把握し、適切なアセスメントの結果に基づき随時訪問サービスを提供すべきか等を判断するものであり、通報内容に応じて通話による相談援助を行うのみの対応や、医療機関への通報を行う等の対応となることも十分に想定されるものである。また、事業者はこうしたサービス内容について、利用者等に対し十分に説明する必要がある。

(事務連絡 介護保険最新情報vol.267「平成24年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.1)(平成24年3月16日)」の送付について)

Q13 本サービスの利用者の全てが医師の指示に基づく訪問看護サービスを利用しないことはあり得るのか。

A13

あり得る。

なお、医師の指示に基づく訪問看護サービスを利用しない者であっても、本サービス計画の作成の際は、看護職員による定期的なアセスメント及びモニタリングの実施は必要である。

(事務連絡 介護保険最新情報vol.267「平成24年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.1)(平成24年3月16日)」の送付について)

Q14 一体型定期巡回・随時対応サービスの事業と連携型定期巡回・随時対応サービスの事業を同一の事業所で行うことは可能か。

A14

可能である。この場合、一体型の事業と連携型の事業の二つの指定を受ける必要はなく、人員、設備及び運営基準については一体型事業の基準を満たすことに加え、連携する訪問看護事業所を定める必要がある。

また、連携する訪問看護事業所の所在地・名称については、連携型を行う場合には指定申請の際に届け出る必要があるほか、変更があった場合には変更届の対象となる。

(事務連絡 介護保険最新情報vol.267「平成24年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.1)(平成24年3月16日)」の送付について)

Q15 連携型定期巡回・随時対応サービス事業所と連携する訪問看護事業所の具体的な要件はどういうものなのか。

A15

連携型の事業所は、利用者に対して訪問看護を提供する事業所と連携する必要があり、連携する訪問看護事業所は緊急時訪問看護加算の要件を満たしていなければならないこととしている。また連携する訪問看護事業所は医療機関でも訪問看護ステーションであっても構わない。

なお、指定申請を行う際は、任意の訪問看護事業所と連携することとしている。

(事務連絡 介護保険最新情報vol.267「平成24年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.1)(平成24年3月16日)」の送付について)

Q16 連携する訪問看護事業所は定期巡回事業所と同一市町村内に設置されていなければならないのか。

A16

連携する訪問看護事業所は必ずしも連携型の事業所と同一市町村内に設置されている必要はないが、利用者

に対する訪問看護の提供に支障がないよう、隣接する市町村等、可能な限り近距離に設置される事業所とする。

(事務連絡 介護保険最新情報vol.267「平成24年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.1)(平成24年3月16日)」の送付について)

Q17 連携型定期巡回・随時対応サービス事業者と同一法人が運営する訪問看護事業所と連携することは可能か。

A17

可能である。

(事務連絡 介護保険最新情報vol.267「平成24年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.1)(平成24年3月16日)」の送付について)

Q18 連携型定期巡回・随時対応サービス事業所は、定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画を作成する必要があるが、訪問看護の利用者に係る訪問看護計画書は連携する指定訪問看護事業所において作成するのか。

A18

連携する指定訪問看護事業所において作成する。

(事務連絡 介護保険最新情報vol.267「平成24年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.1)(平成24年3月16日)」の送付について)

Q19 連携型定期巡回・随時対応サービス事業所が、連携する指定訪問看護事業所に対し、①定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画の作成に当たって必要となる看護職員によるアセスメントの実施、②随時対応サービスの提供に当たっての連絡体制の確保、③介護・医療連携推進会議への参加、④その他必要な指導及び助言を委託することとされているが、連携する全ての事業所に全ての業務を委託しなければならないのか。

A19

連携する訪問看護事業所が複数ある場合、①から④までの全ての業務を、連携する全ての訪問看護事業所に委託する必要はなく、必要に応じてこれらの協力をいずれかの訪問看護事業所から受けられる体制を確保していればよい。

また、①の看護職員によるアセスメントについては、連携型の事業所と同一法人の看護職員により行うことも可能であり、訪問看護の利用者については、連携する訪問看護事業所の訪問看護提供時に把握した利用者の心身の状況について情報共有を図ることで足りることとしている。

なお、別法人の訪問看護事業所にこれらの業務を委

託する場合は、契約による必要があるが、委託料についてはそれぞれの合議により適切に設定する必要がある。

(事務連絡 介護保険最新情報vol.267「平成24年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.1)(平成24年3月16日)」の送付について)

Q20 一体型定期巡回・随時対応サービスの管理者の資格要件は定められていないが、当該事業所が訪問看護事業所の指定を受けようとする場合の取扱い如何。

A20

一体型定期巡回・随時対応サービス事業所の管理者が保健師又は看護師以外の者である場合は、一体的に実施する訪問看護事業所には当該管理者とは別の管理者(保健師又は看護師)を配置する必要がある(結果として同一の事業所の事業ごとに2人の管理者が置かれることとなる。)

また、この場合、事業所全体で常勤換算2.5人以上の看護職員が配置されていれば、いずれの事業の基準も満たすものである。

なお、当該訪問看護事業所の管理者は、一体型定期巡回・随時対応サービス事業所における保健師又は看護師とすることも可能である。

(事務連絡 介護保険最新情報vol.273「平成24年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.2)(平成24年3月30日)」の送付について)

Q21 一体型定期巡回・随時対応サービス事業所が、健康保険法の訪問看護事業所のみなし指定を受ける場合の取扱い如何。

A21

一体型定期巡回・随時対応サービス事業所において看護職員が常勤換算方法で2.5人以上配置されており、かつ、管理者が常勤の保健師又は看護師である場合は健康保険法の訪問看護事業所の指定があったものとみなすこととされている。

したがって、一体型定期巡回・随時対応サービス事業所の管理者が保健師又は看護師でない場合は、当該のみなし指定の対象とならない。

ただし、この場合であっても、同一の事業所で一体的に介護保険法の訪問看護事業所を運営している場合は、当該訪問看護事業所が健康保険法のみなし指定の対象となり、事業所全体で常勤換算2.5人以上の看護職員が配置されていれば、いずれの事業の基準も満たすものである。

(事務連絡 介護保険最新情報vol.273「平成24年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.2)(平成24年3月30日)」の送付について)

Q&A

Q22 訪問看護サービスについて、定期的に訪問する予定がない月も、定期巡回・随時対応型訪問介護看護費(1)(2)(訪問看護サービスを行う場合)算定はできるのか。

A22

訪問看護サービスについては、医師が当該利用者に対する訪問看護サービスの提供に係る指示を行った場合に、当該指示の有効期間に基づき提供されるものであり、定期的に提供する場合と随時対応サービスにおけるオペレーターの判断により随時に提供する場合のいずれもが想定され、随時の訪問看護サービスのみが位置付けられることもあり得る。

なお、随時の訪問看護サービスのみの利用者については、緊急時訪問看護加算の算定はできないこととし、実際に1度も訪問看護サービスの提供が行われない月は、定期巡回・随時対応型訪問介護看護費(1)(1)(訪問看護サービスを行わない場合)を算定する。

(事務連絡 介護保険最新情報vol.267「平成24年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.1)(平成24年3月16日)」の送付について)

Q23 本サービスの利用者が、月を通じて1か月間入院する場合、定期巡回・随時対応型訪問介護看護費は算定できるのか。

A23

利用者が1月を通じて入院し、自宅にいないような場合には、サービスを利用できるような状況にないため、定期巡回・随時対応型訪問介護看護費の算定はできない。夜間対応型訪問介護費についても同様の取扱いとなる。

(事務連絡 介護保険最新情報vol.267「平成24年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.1)(平成24年3月16日)」の送付について)

Q24 月に1度でも准看護師が訪問看護サービスを提供した場合、所定単位数の100分の98の単位数を算定するのか。

A24

100分の98の単位数を算定する。

(事務連絡 介護保険最新情報vol.267「平成24年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.1)(平成24年3月16日)」の送付について)

Q25 訪問看護サービスの利用者について当該利用者の心身の状況等により訪問看護サービスを行わなかった場合、定期巡回・随時対応型訪問介護看護費(1)(2)(訪問看護サー

ビスを行う場合)の算定はできるのか。

A25

利用者の都合や、月の途中で医療保険の訪問看護の給付対象となった場合、一時的な入院をした場合などのやむを得ない事情により、居宅サービス計画や定期巡回・随時対応サービス計画において定期的に訪問することを位置付けていた訪問看護サービスを提供することが結果としてなかった月においては、定期巡回・随時対応型訪問介護看護費(1)(2)の算定は可能(医療保険の訪問看護の給付対象となった日数を除く。)である。

なお、この場合、利用者にとって真に必要なサービスが提供されるよう、適切なアセスメントとケアマネジメントにより、居宅サービス計画や定期巡回・随時対応サービス計画の見直しを検討すべきである。

(事務連絡 介護保険最新情報vol.273「平成24年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.2)(平成24年3月30日)」の送付について)

Q26 訪問看護事業所が、新たに定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と連携して訪問看護を行う場合、連携する定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の名称等の届出を行い、訪問看護費を算定することとなるが、いつから当該訪問看護費を算定することができるのか。

A26

都道府県が当該届出を受理した後(訪問看護事業所が届出の要件を満たしている場合に限る。)に、利用者が訪問看護の利用を開始した日から算定することが可能である。

(事務連絡 介護保険最新情報vol.284「平成24年度介護報酬改定に関するQ&A(vol.3)(平成24年4月25日)」の送付について)

Q27 市町村の介護保険事業計画に定期巡回・随時対応型訪問介護看護の整備を位置付けていない場合、本サービスに係る指定申請を拒否することはできるか。

A27

地域密着型サービスの指定をしないことができるのは、

- ① 介護保険事業計画において定める日常生活圏域内等における必要利用定員総数に既に達しているときなどにおける、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護又は地域密着型介護老人福祉施設に係る指定申請
- ② 定期巡回・随時対応サービス、小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスについて、公募指定を採用

している場合における、当該公募によらない指定申請に限られ、これらの場合以外の地域密着型サービスの指定については、指定の拒否をすることはできない。

(事務連絡 介護保険最新情報vol.267「平成24年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.1)(平成24年3月16日)」の送付について)

Q28 総合マネジメント体制強化加算について、利用者の心身の状況等に応じて、随時、関係者(小規模多機能型居宅介護の場合は、介護支援専門員、看護師、准看護師、介護職員その他の関係者)が共同して個別サービス計画の見直しを行うこととされているが、個別サービス計画の見直しに当たり全ての職種が関わる必要があるか。また、個別サービス計画の見直しが多職種協働により行われたことを、どのように表せばよいか。

A28

定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護及び看護小規模多機能型居宅介護を提供する事業所は、日々変化し得る利用者の状態を確認しつつ、一体的なサービスを適時・適切に提供することが求められている。これらの事業では、利用者の生活全般に着目し、日頃から主治の医師や看護師、その他の従業者といった多様な主体との意思疎通を図ることが必要となり、通常の居宅サービスとは異なる「特有のコスト」を有しているため、総合マネジメント体制強化加算により評価するものである。

定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護及び看護小規模多機能型居宅介護を提供する事業所における個別サービス計画の見直しは、多職種協働により行われるものであるが、その都度全ての職種が関わらなければならないものではなく、見直しの内容に応じて、適切に関係者がかかわることで足りるものである。

また、個別サービス計画の見直しに係る多職種協働は、必ずしもカンファレンスなどの会議の場により行われる必要はなく、日常的な業務の中でのかかわりを通じて行われることも少なくない。通常の業務の中で、主治の医師や看護師、介護職員等の意見を把握し、これに基づき個別サービス計画の見直しが行われていれば、本加算の算定要件を満たすものである。なお、加算の要件を満たすことのみを目的として、新たに多職種協働の会議を設けたり書類を作成することは要しない。

(事務連絡 介護保険最新情報vol.454「平成27年度介護報酬改定に関するQ&A(平成27年4月1日)」の送付について)

Q29 定期巡回・随時対応型訪問介護看護の総合マネジメント体制強化加算について、「病院又は診療所等に対し、日常的に情報提供等を行っている」とあるが、「日常的に」とは、具体的にどのような頻度で行われていけばよいか。

A29

定期巡回・随時対応型訪問介護看護を提供する事業所は、日々変化し得る利用者の状態を確認しつつ、適時・適切にサービスを提供することが求められるサービスであり、病院、診療所等に対し、日常的に情報提供等を行うことにより連携を図ることは、事業を実施する上で必要不可欠である。

情報提供等の取組は、一定の頻度を定めて評価する性格のものではなく、事業所と病院、診療所等との間で、必要に応じて適時・適切な連携が図られていれば、当該要件を満たすものである。

なお、情報提供等の取組が行われていることは、サービス提供記録や業務日誌等、既存の記録において確認できれば足りるものであり、加算要件を満たすことを目的として、新たに書類を作成することは要しない。

(事務連絡 介護保険最新情報vol.454「平成27年度介護報酬改定に関するQ&A(平成27年4月1日)」の送付について)

Q30 小規模多機能型居宅介護の総合マネジメント体制強化加算について、「地域における活動への参加の機会が確保されている」とあるが、具体的な取組内容や取組頻度についてどのように考えればよいか。

A30

小規模多機能型居宅介護は、利用者が住み慣れた地域での生活を継続することができるよう、地域住民との交流や地域活動への参加を図りつつ、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、サービスを提供することとしている。

「地域における活動」の具体的な取組内容については、指定地域密着型サービス基準の解釈通知の5(7)イにおいて、「地域の行事や活動の例」をお示ししている。

ただし、小規模多機能型居宅介護事業所が、事業所の所在する地域において一定の理解・評価を得て、地域を支える事業所として存在感を高めていくために必要な取組は、地域の実情に応じて、様々なものが考えられるため、当該解釈通知に例示する以外の取組も該当し得る。

また、地域における活動は、一定の活動の頻度を定めて行う性格のものではなく、利用者が住み慣れた地域に

Q&A

において生活を継続するために何が必要かということについて、常に問題意識をもって取り組まれていれば、当該要件を満たすものである。

なお、地域における活動が行われていることは、そのため、サービス提供記録や業務日誌等、既存の記録において確認できれば足りるものであり、加算要件を満たすことを目的として、新たに資料を作成することは要しない。

(事務連絡 介護保険最新情報vol.454「平成27年度介護報酬改定に関するQ&A(平成27年4月1日)」の送付について)

Q31 定期巡回・随時対応サービスの利用者が、短期入所系サービス(短期入所生活介護、短期入所療養介護、短期利用居宅介護、短期利用共同生活介護、短期利用特定施設入居者生活介護及び地域密着型短期利用特定施設入居者生活介護)を利用する月の定期巡回・随時対応型訪問介護看護費は具体的にどのように取り扱うのか。

A31

短期入所系サービスの利用日数(退所日を除く。)に応じ、サービスコード表に定められた日割り単価(下表)に応じた日割り計算を行う。例えば、要介護3の利用者であり、訪問看護サービスを利用する者が、4月に7泊8日の短期入所系サービスを利用する場合の単位数は、以下のとおりとなる。

$648 \text{ 単位} \times (30 \text{ 日(注1)} - 7 \text{ 日(注2)}) = 14,904 \text{ 単位}$
(注1) 4月の日数、(注2) 8日 - 退所日

要介護度	訪問看護サービスを行わない場合及び連携型利用者	訪問看護サービスを行う場合
要介護1	186単位	272単位
要介護2	332単位	424単位
要介護3	552単位	648単位
要介護4	698単位	798単位
要介護5	844単位	967単位

(事務連絡 介護保険最新情報vol.454「平成27年度介護報酬改定に関するQ&A(平成27年4月1日)」の送付について)

Q32 定期巡回・随時対応サービスの利用者が、月の途中で医療保険の訪問看護の適用となった場合又は月の途中から医療保険の訪問看護の給付の対象外となる場合及び主治の医師の特別な指示があった場合の当該月における定期巡回・随時対応型訪問介護看護費は具体的にどのように取り扱うのか。

A32

この場合、医療保険の訪問看護の適用期間は定期巡回・随時対応型訪問介護看護費(1)(2)(訪問看護サービスを行う場合)の算定はできず、定期巡回・随時対応型訪問介護看護費(1)(1)(訪問看護サービスを行わない場合)の算定が行われ、医師の指示の期間に応じた日割り計算を行うこととなる。

具体的には要介護3の利用者に対する、4月5日から4月18日までの14日間に係る特別指示があった場合の単位数は、以下のとおりとなる。

$648 \text{ 単位} \times (30 \text{ 日} - 14 \text{ 日}) + 552 \text{ 単位} \times 14 \text{ 日} = 10,368 \text{ 単位} + 7,728 \text{ 単位} = 18,096 \text{ 単位}$

(事務連絡 介護保険最新情報vol.454「平成27年度介護報酬改定に関するQ&A(平成27年4月1日)」の送付について)

Q33 生活機能向上連携加算(II)について、告示上、「訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション等の一環として当該利用者の居宅を訪問する際にサービス提供責任者が同行する等により」とされているが、「一環」とは具体的にどのようなものか。

A33

(訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護共通)

具体的には、訪問リハビリテーションであれば、訪問リハビリテーションで訪問する際に訪問介護事業所のサービス提供責任者が同行することであるが、リハビリテーションを実施している医療提供施設の医師については、訪問診療を行う際等に訪問介護事業所のサービス提供責任者が同行することが考えられる。

(事務連絡 介護保険最新情報 Vol.629「平成30年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.1)」)

Q34 「ICTを活用した動画やテレビ電話を用いる場合においては、理学療法士等がADL及びIADLに関する利用者の状況について適切に把握することができるよう、理学療法士等とサービス提供責任者と事前に方法等を調整するものとする」とあるが、具体的にはどのような方法があるのか。

A34

(訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護共通)

利用者のADL(寝返り、起き上がり、移乗、歩行、着衣、入浴、排せつ等)及びI ADL(調理、掃除、買物、金銭

管理、服薬状況等)に関する利用者の状況及びその改善可能性の評価(以下「生活機能アセスメント」という。)を行った上で、訪問介護計画には、生活機能アセスメントの結果のほか、次に掲げるその他の日々の暮らしの中で必要な機能の向上に資する内容を記載しなければならないことから、外部の理学療法士等は、生活機能アセスメントに留意した助言を行うことが求められる。

- ① 利用者が日々の暮らしの中で可能な限り自立して行おうとする行為の内容
- ② 生活機能アセスメントの結果に基づき、①の内容について定めた3月を目途とする達成目標
- ③ ②の目標を達成するために経過的に達成すべき各月の目標
- ④ ②及び③の目標を達成するために訪問介護員等が行う介助等の内容

ICTを活用した動画やテレビ電話を用いる場合については、具体的には次のような方法が考えられる。

- ① 訪問介護事業所のサービス提供責任者と外部の理学療法士等が、リアルタイムでのコミュニケーション(ビデオ通話)が可能な情報通信機器を用いて、外部の理学療法士等が利用者のADL及びIADLの状況を把握すること。なお、通信時間等の調整を行い、当該利用者の自宅(生活の場・介護現場)にてビデオ通話を行うこと。
- ② 訪問介護事業所のサービス提供責任者と外部の理学療法士等が、あらかじめ、動画によって利用者のADL及びIADLの状況について適切に把握することができるよう、動画の撮影方法及び撮影内容を調整した上で、訪問介護事業所のサービス提供責任者が利用者宅で動画撮影を行い、当該動画データを外部の理学療法士等に提供することにより、外部の理学療法士等が利用者のADL及びIADLの状況を把握すること。なお、当該利用者のADL及びIADLの動画内容は、当該利用者の自宅(生活の場・介護現場)の環境状況、動作の一連の動き等がわかるように撮影すること。

また、実施に当たっては、利用者の同意を取るとともに、個人情報の適切な取扱いに留意することが必要である。SNS(Social Networking Service)の利用については、セキュリティが十分に確保されていないサービスもあることから、一般社団法人保健医療福祉情報安全管理適合性評価協会(HISPRO)が公表している「医療情報連携において、SNSを利用する際に気を付けるべき事項」を参考に、適切な対策を講じることが適当である。なお、外部の理学療法士等が、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上

の端末を利用して行う場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン(第5版)」(平成29年5月)に対応していることが必要である。

(事務連絡 介護保険最新情報Vol.657「平成30年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.4)」)

Q35 「いわゆる「困り込み」による閉鎖的なサービス提供が行われないう、第3条の8の正当な理由がある場合を除き、地域包括ケア推進の観点から地域の要介護者にもサービス提供を行わなければならない」ことされているが、地域の要介護者からの利用申込みがないような場合はどうか

A35

この規定の趣旨は、地域包括ケア推進の観点から地域の要介護者にもサービス提供を行わなければならないことを定めたものであり、地域のケアマネジャーや住民に対して、同一建物の居住者以外の要介護者も利用可能であることを十分に周知した上でも、なお、地域の要介護者からの利用申込みがない場合には、本規定に違反するものではない。

また、同一建物の居住者以外の要介護者の利用申込みを妨げることは、本規定に違反するものである。

(事務連絡 介護保険最新情報 Vol.629「平成30年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.1)」)

※単位数については事務連絡当時のものをそのまま掲載しています。

こんな事業所はいいね!

必ず「アセスメントの結果」で返答が来る

定期巡回事業所の計画作成責任者はケアマネジャー、訪問介護員、看護師等からの情報を収集し、アセスメントを実施した結果、計画(週間スケジュール)を立てていきます。

逆に言えば、アセスメントを実施していない段階では答えられる事はごく僅かなはずです。

こまめにプラン変更がされている(日々アセスメントが実施されている)

新規受け入れの際、計画作成責任者が利用者との面談を通じてアセスメントを実施し、計画を立てサービス提供を行っていきませんが、実際サービスに入ってみると、計画が利用者の状態にマッチしていないことが多々あります。

計画作成責任者は、日々アセスメントとモニタリングを繰り返し、微調整を行いながらその方に合った計画へ変更していきます。

開始から概ね2週間程度は計画が安定しないことが多々あり、逆に言えば計画がこまめに変更されるということは、計画作成責任者が利用者の状態に応じた柔軟な対応をしていることになります。

その様なプラン作成がされている事業所は良い事業所と言えるでしょう。

利用者の受入れに積極的

例えば、時間帯によってスタッフが不足しているなど、事業所の事情によって新規の受入れが難しいこともあるかもしれません。

しかし、定期巡回事業所の数が少ない現状で、利用者の新規受入れを断ってしまうと、利用者が適切なサービスを受ける事が出来なくなってしまう可能性があります。

定期巡回事業所は、もし対応できない時間帯等があったとしても、代替策が無いのか、ケアマネジャーと一緒に検討し、受け入れられるよう検討する必要があります。

提案力のある計画作成責任者がいる

ケアマネジャーがケアプランを作成する際と同様に、計画作成責任者は、利用者にとって必要な支援は何か、利用者のストレングスを活かしたアセスメントを実施することにより適切な計画を立案していきます。

利用者の環境や他の社会資源を活用することで、自分でできることを減らさないポジティブな思考と提案力を持った計画作成責任者がいる事業所は良い事業所と言えるでしょう。



**令和元年度 埼玉県定期巡回・随時対応サービス普及マニュアル作成事業
作成部会委員（敬称略）**

委員長

山本八寸代 株式会社エイプレイス(ホームネット株式会社出向)サービスアドバイザー

委員(五十音順)

海老名 駿 撫でし子株式会社 理学療法士

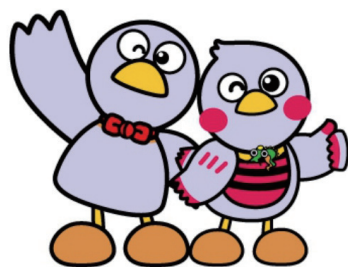
岡田 顯太郎 グリーンフォレストケア株式会社 埼玉県定期巡回・随時対応サービス
運営支援アドバイザー

後藤 浩之 埼玉県介護支援専門員協会 理事 ケアマネジャー

田島 裕紀 さいたま市介護保険課 主査

富澤 直紘 株式会社メディシステムソリューション 訪問看護ステーション ルピナス川口所長
看護師・保健師

和田 篤昌 株式会社エイプレイス執行役員 介護事業部統括 ケアマネジャー



埼玉県のマスコット「コバトン&さいたまっち」

企画・発行：埼玉県
〒330-9301
埼玉県さいたま市浦和区高砂3-15-1
埼玉県福祉部 地域包括ケア課
TEL 048-830-3256

制作：一般社団法人24時間在宅ケア研究会
〒169-0072
東京都新宿区大久保3-8-2
新宿ガーデンタワー13階
TEL 03-6630-7488